



Distrito Sanitario Guadalquivir  
Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE SALUD**



**INFORME DE SITUACION DE SALUD**

**MUNICIPIO VILAFRANCA**

**DISTRITO SANITARIO GUADALQUIVIR**

**Marzo 2013**

La acción es el fruto propio del conocimiento.  
Thomas Fuller

Si ya sabes lo que tienes que hacer y no lo haces entonces estás peor que antes.  
Confucio

## ELABORACIÓN.

Andrés Pérez Ramos.

Epidemiólogo de Atención Primaria.

Distrito Sanitario Guadalquivir.



**INDICE.**

	<b>Página</b>
<b>Introducción</b>	<b>4</b>
<b>Objetivo</b>	<b>4</b>
<b>Metodología</b>	<b>4</b>
<b>Análisis del área: el Municipio de Palma del Río</b>	<b>5</b>
<b>1. Situación Geográfica</b>	<b>5</b>
<b>2. Información demográfica y socioeconómica</b>	<b>6</b>
▪ Pirámide de población	<b>6</b>
▪ Evolución de la población	<b>7</b>
▪ % de mayores de 65 años	<b>8</b>
▪ Tasa de sobre-envejecimiento	<b>8</b>
▪ % de menores de 15 años	<b>9</b>
▪ % de menores de 15 años + > 65 años	<b>9</b>
▪ Índice de envejecimiento	<b>10</b>
▪ Índice de dependencia	<b>10</b>
▪ Tasa de natalidad	<b>11</b>
▪ Tasa específica de fecundidad	<b>11</b>
▪ Tasa de inmigración	<b>12</b>
▪ Tasa de paro	<b>12</b>
▪ Tasa de analfabetismo	<b>13</b>
▪ Índice de Ruralidad	<b>13</b>
<b>3. Hábitos y Estilos de Vida</b>	<b>14</b>
Jóvenes:	<b>14</b>
▪ Consumo de tabaco, alcohol y cannabis	<b>14</b>
▪ Alimentación y dieta	<b>16</b>
▪ Actividad física y sedentarismo	<b>17</b>
▪ Sobrepeso y obesidad	<b>17</b>
▪ Relaciones sexuales	<b>17</b>
Población general	<b>18</b>
▪ Adicciones	<b>18</b>
<b>4. Principales Problemas de Salud</b>	<b>21</b>
▪ Enfermedades de declaración obligatoria (EDO)	<b>21</b>
▪ Salud infantil	<b>21</b>
▪ Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama	<b>22</b>
▪ Tasa de IVE (Interrupción Voluntaria de Embarazo)	<b>23</b>
▪ Seguimiento domiciliario protocolizado	<b>23</b>
▪ Atención a personas > 65 años	<b>23</b>
▪ Atención a personas en riesgo social	<b>24</b>
<b>5. Mortalidad</b>	<b>25</b>
▪ Esperanza de vida	<b>25</b>
▪ Mortalidad por causas	<b>25</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>27</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>32</b>

## INTRODUCCIÓN.

Este informe forma parte del desarrollo de la Red Local de Acción en Salud (RELAS) en el municipio de Villafranca de Córdoba.

El estudio realizado presenta las limitaciones metodológicas propias de cualquier análisis de áreas pequeñas, ya que al ser el número de casos y los tamaños de población reducidos, las tasas o proporciones que se obtienen presentan mayor inestabilidad. Esto se ha intentado corregir agregando datos de varios años.

El presente documento tiene como objeto la difusión de los resultados del análisis epidemiológico, que pretende ser una fotografía que ayude a gestores y profesionales de los servicios públicos a identificar necesidades o deficiencias en la salud de la población o en los determinantes de la misma, o a seguir profundizando en el estudio de las mismas.

## OBJETIVO.

Describir la población del Municipio de Villafranca de Córdoba mediante una serie de indicadores demográficos, socioeconómicos, de riesgos para la salud, de hábitos y estilos de vida, de resultados en salud y de servicios de atención sanitaria, de mortalidad para priorizar problemas de salud sobre los que hacer una intervención en el municipio.

## METODOLOGÍA.

### Unidad de análisis

Para presentar los resultados se ha utilizado la demarcación territorial que aparece en el Mapa de Atención Primaria de Salud en Andalucía, correspondiente al municipio de Villafranca de Córdoba (14067) del Distrito Sanitario Guadalquivir (03048) en la provincia de Córdoba.

La comparación de los resultados de Villafranca de Córdoba se hace principalmente con los de la población andaluza, aunque en ocasiones se ha comparado con la española o con el conjunto del Distrito Sanitario Guadalquivir.

Dadas las limitaciones que tiene el análisis de un área pequeña como es Villafranca de Córdoba, para dar mayor consistencia a los datos, cuando ha sido posible, se han agrupado varios años.

### Fuentes de datos

Las fuentes de datos que hemos utilizado son:

- Sistema de Información Muntiterritorial de Andalucía (SIMA) en el IEA (Instituto de Estadística de Andalucía): <http://www.ieca.junta-andalucia.es/>
- Base de Datos de Usuarios (BDU) del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Diábaco (aplicación que permite la explotación de DIRAYA, la Historia Clínica Digital de AP en el SSPA).
- Sistema de Información para la Gestión en Atención Primaria (SIGAP).
- Registros propios del Centro de Salud o del Distrito.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA).
- Sistema Pascua de Estadísticas Sanitarias (Consejería de Salud).

- Estudio de la conducta sobre salud de los jóvenes en edad escolar (“Health Behaviour in School-Aged Children” – estudio HBSC 2011). [http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion General/c 3 c 1 vida sana/adolescencia/conductas escolares relacionadas salud](http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion%20General/c%203%20c%201%20vida%20sana/adolescencia/conductas%20escolares%20relacionadas%20salud)
- Página oficial del Excmo. Ayuntamiento de Villafranca de Córdoba <http://www.villafrancadecordoba.es/>
- SEPE. Ministerio de Empleo y Seguridad Social <http://www.sepe.es/>

*Cada fuente tiene los datos disponibles con una antigüedad y periodicidad propia, por lo cual los indicadores no se han podido construir relativos a un mismo periodo.*

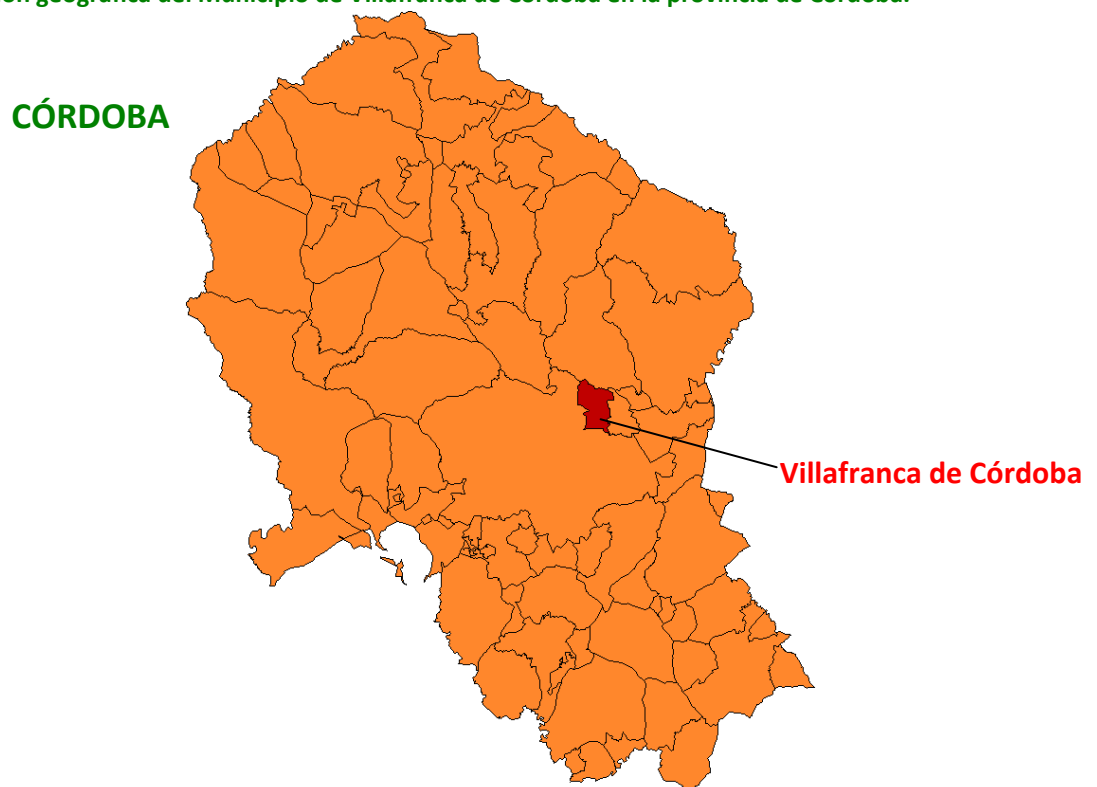
## ANALISIS DEL AREA: EL MUNICIPIO DE VILLAFRANCA DE CÓRDOBA.

### 1. SITUACIÓN GEOGRÁFICA.

Ubicada en ribera derecha del río Guadalquivir y al pie de Sierra Morena, Villafranca de Córdoba es un municipio de la provincia de Córdoba, situada a 27 kilómetros de la capital. En el año 2012 contaba con 4.832 habitantes. Su extensión superficial es de 58 km<sup>2</sup> y tiene una densidad de población de 67,1 hab/km<sup>2</sup>. Con una altitud sobre el nivel del mar de 146 metros, sus coordenadas geográficas son 37º 57' N, 4º 32' O.

Su base económica tradicional es la agricultura, en la que tienen gran presencia los cultivos de regadío gracias a su cercanía al río. En secano destacan los cereales y el olivar. También se da la dehesa y los aprovechamientos forestales del monte bajo. No obstante, en los últimos años se ha desarrollado una industria del mueble bastante dinámica, sobre todo en muebles de cocina. Su cercanía a la capital ha hecho que se impulse el sector de la construcción, al objeto de satisfacer la creciente demanda de viviendas amplias y de menor precio en los municipios de los alrededores.

**Fig. Situación geográfica del Municipio de Villafranca de Córdoba en la provincia de Córdoba.**

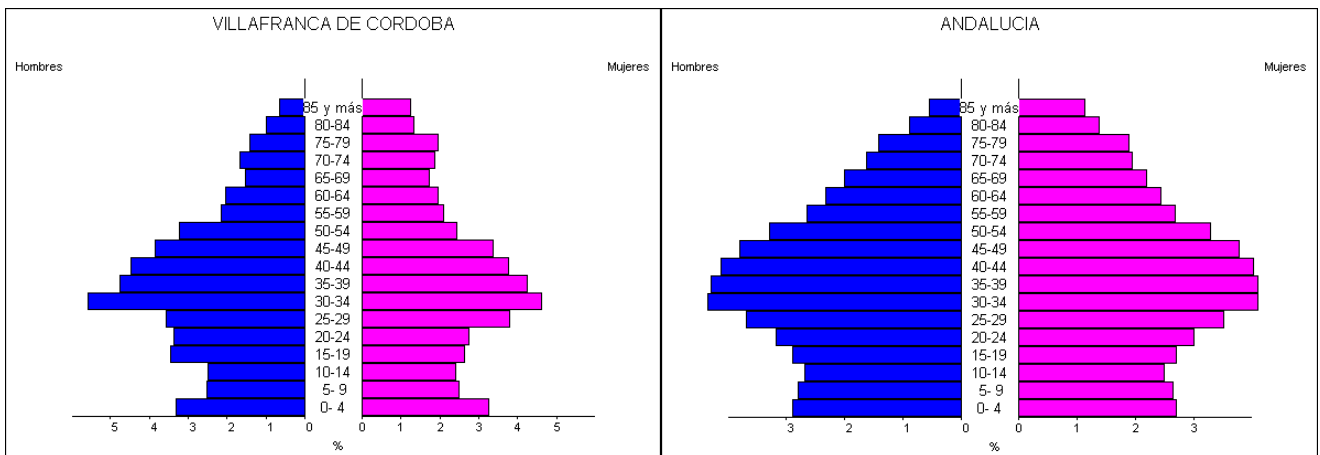


## 2. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y SOCIOECONÓMICA.

Tomando como referencia las cifras del padrón (de 2008 a 2012 para Villafranca de Córdoba y de 2011 para Andalucía), la pirámide de población del municipio de Villafranca de Córdoba es similar a la andaluza, es una población madura. Villafranca presenta una población joven con más efectivos en las edades centrales de la pirámide y con algo menos por encima de los 50 años.

Los mayores de 65 años suponen el 14,65% del total de la población y los menores de 15 años el 16,65% en Villafranca de Córdoba y en Andalucía los mayores de 65 son el 15,21% y los menores de 15 años son el 16,30%. La suma de ambos grupos de edad, mayores de 65 y menores de 15 suponen algo menos de un tercio del total de la población (31,30%) en Villafranca de Córdoba y (31,51%) en Andalucía.

**Fig. Pirámides de población de Villafranca de Córdoba y Andalucía.**



**Tabla. Índices demográficos referidos a las Pirámides de Población de Palma del Río y Andalucía (Programa Epidat).**

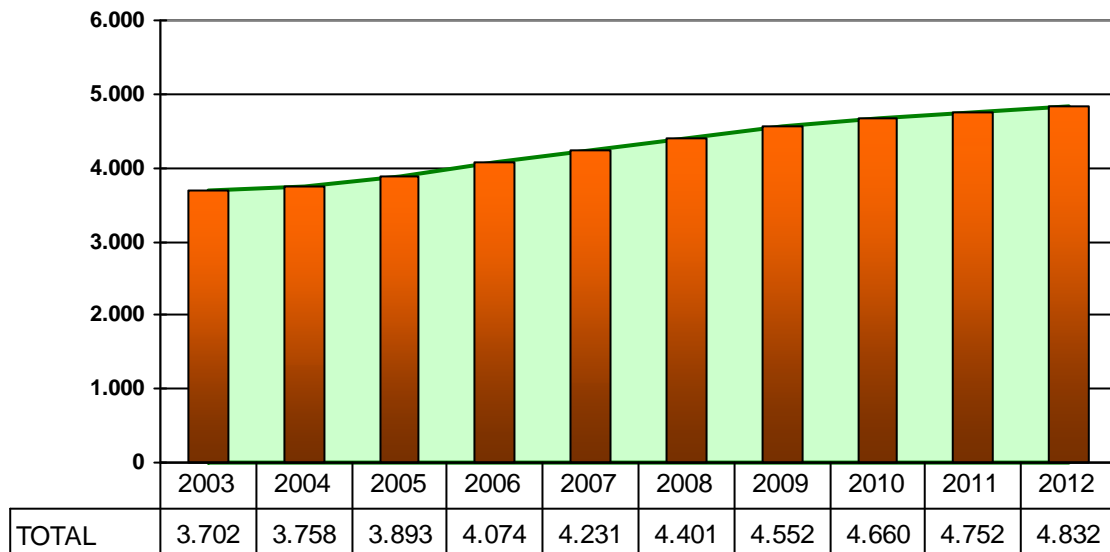
ÍNDICES DEMOGRAFICOS	VILLAFRANCA DE CÓRDOBA		ANDALUCIA	
Masculinidad	93,10		105,23	
Friz	65,42		67,16	
Sundbarg	30,50	52,66	31,51	61,78
Burgdöfer	10,03	21,37	10,66	24,37
Envejecimiento	87,96		93,29	
Dependencia	45,56		46,00	
Estructura de la población activa	75,99		90,45	
Reemplazamiento de la población activa	65,76		85,16	
Número de hijos por mujer fecunda	26,00		22,19	
Índice generacional de ancianos	264,33		269,17	
Tasa general de fecundidad	5,69		4,18	
Edad media	38,50		39,54	
Edad mediana	36,86		38,65	

La edad media es similar en las dos poblaciones y se trata de una población madura, de tipo regresivo, en la que el porcentaje de > de 50 años supera al de < de 15.

La esperanza de vida al nacer (año 2006) es algo mayor en Villafranca de Córdoba (82,04 años) que en Andalucía (80,10 años), igualándose a los 65 años, siendo de 19,09 en Villafranca de Córdoba y de 19,08 en Andalucía.

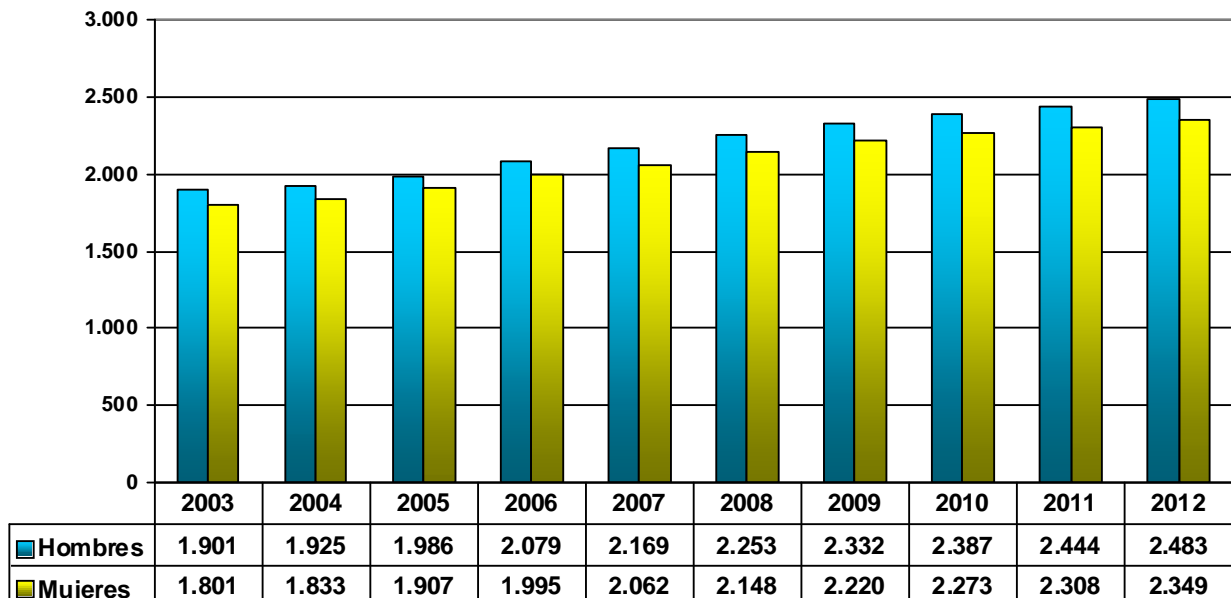
En los últimos diez años la población de Villafranca ha observado un crecimiento importante de la misma, según las cifras del padrón, manteniendo una tendencia creciente.

**Fig. Evolución de población total de Villafranca en el último decenio**



Por sexo, la población de Villafranca, presenta una diferencia de efectivos favorable a la población masculina, diferencia que se mantiene en el tiempo.

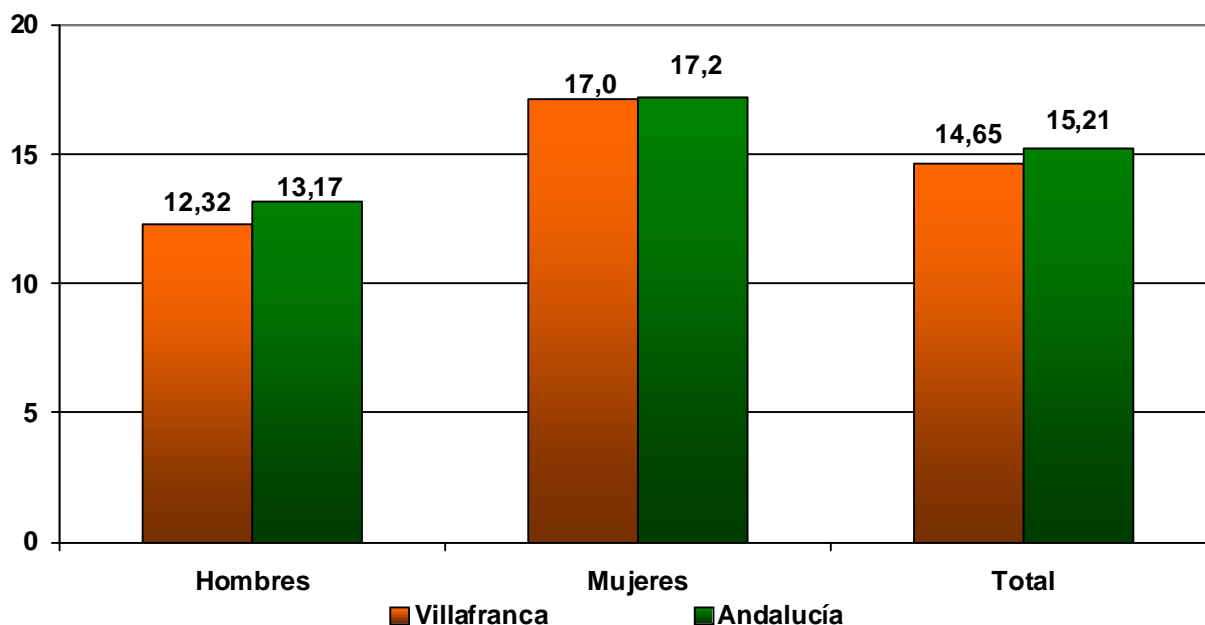
**Fig. Evolución de población de Villafranca por sexo en el último decenio**





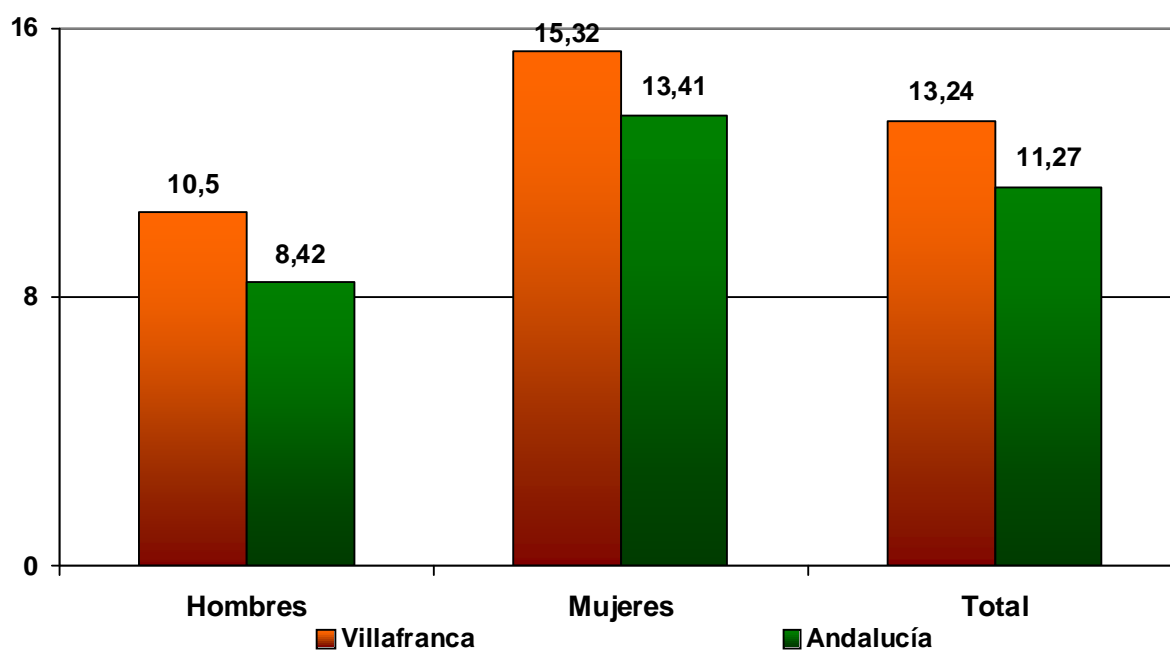
El porcentaje de personas mayores de 65 años respecto al total de población es algo menor en Villafranca de Córdoba respecto que en nuestra comunidad autónoma y esto tanto en hombres como en mujeres. Los mayores de 65 años suponen casi el 15% del total de la población.

Fig. Porcentaje de usuarios mayores de 65 años por sexo.



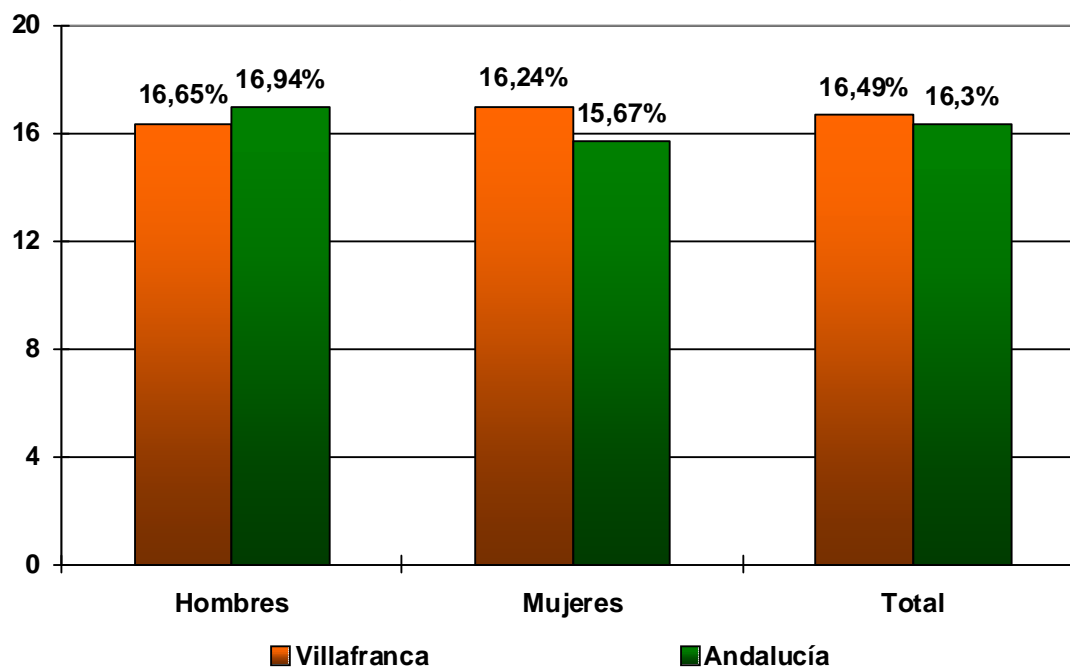
Dentro de la población mayor de 65 años, la proporción de población de más edad, por encima de los 84 años, sobre el total de mayores de 65 es más elevada en Villafranca de Córdoba (13,24%) que en Andalucía (11,27%), tanto en hombres como en mujeres, es decir que la población de Villafranca de Córdoba presenta un sobre-envejecimiento por encima del andaluz.

Fig. Tasa de sobre-envejecimiento por sexo. (> 84/> 65 años).



La población joven, menor de 15 años, es similar en Villafranca de Córdoba que en Andalucía, algo por encima en mujeres y algo menor en hombres.

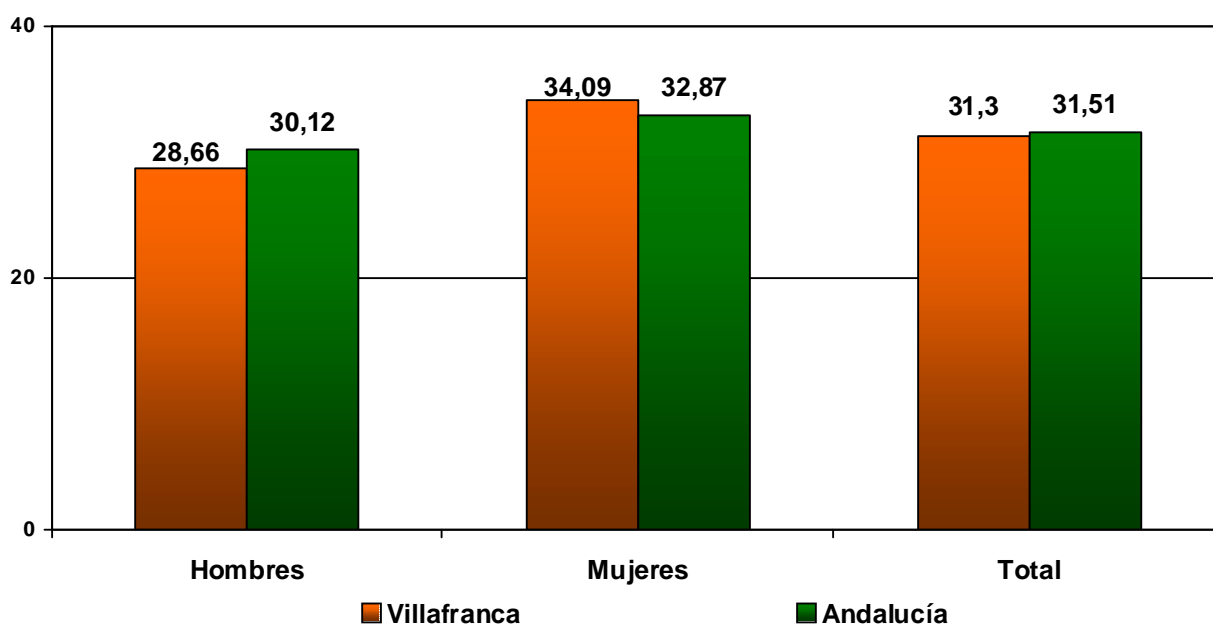
Fig. Porcentaje de menores de 15 años.



La suma de los grupos de edad, mayores de 65 y menores de 15 años suponen casi un tercio del total de la población, tanto en Villafranca de Córdoba (31,30%) como en Andalucía (31,51%).

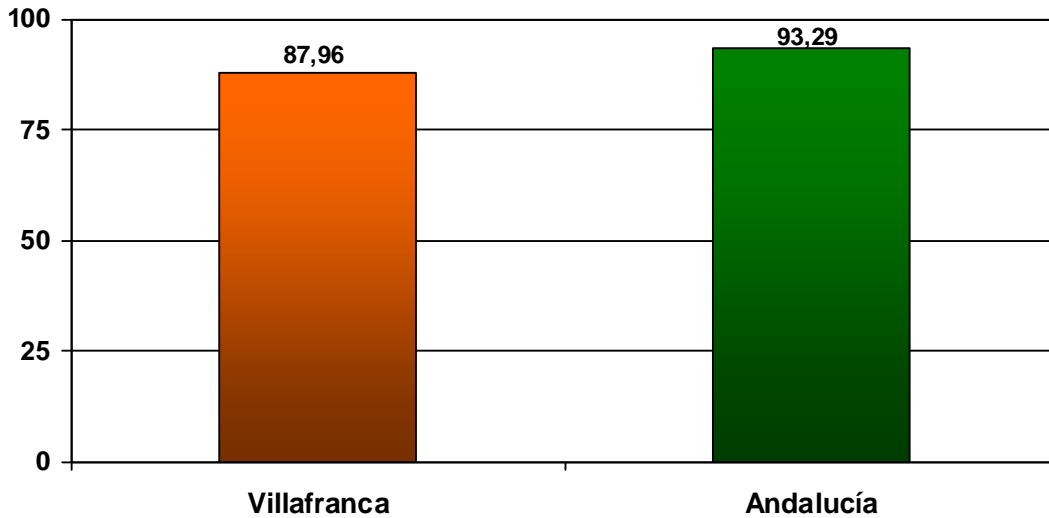
Por sexo, esta proporción es mayor en Villafranca que en Andalucía en las mujeres y al contrario en los hombres. En el porcentaje de las mujeres, las mujeres menores de 15 años tienen un mayor peso que las mayores de 65.

Fig. Porcentaje de población  $\leq$  de 15 años y  $\geq$  65.



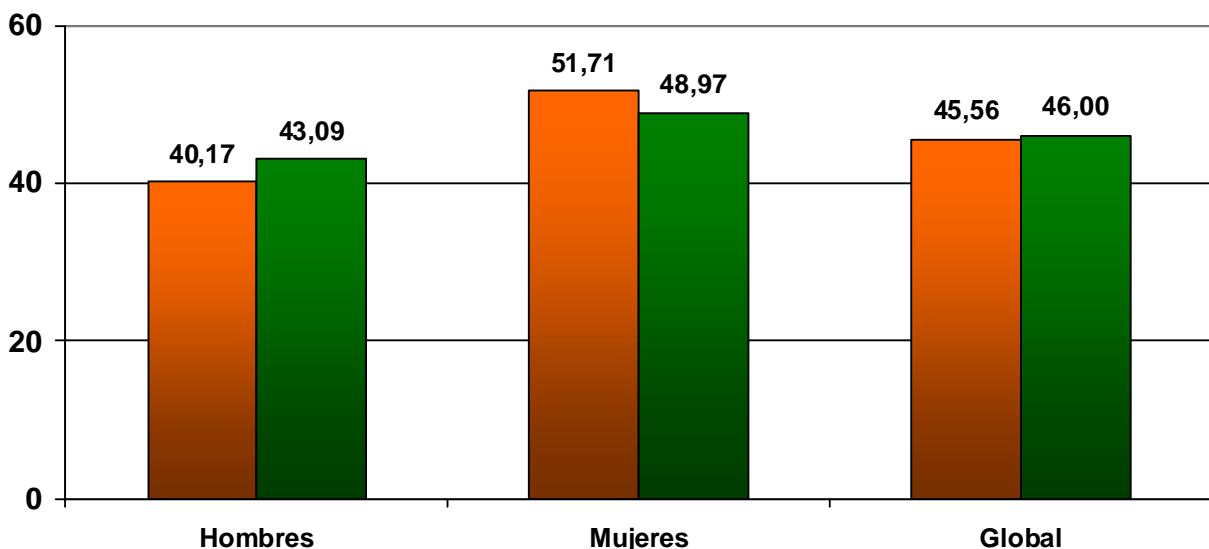
El índice de envejecimiento de este municipio (87,96) es menor que el andaluz (93,29), indica que es una población estable, encontrándose 88 personas mayores de 65 años por cada 100 menores de 15.

**Fig. Índice de Envejecimiento.**



También el índice de dependencia en Villafranca de Córdoba (45,56) similar al andaluz (46,00). Este índice tiene relevancia económica y social ya que las personas que supuestamente no son autónomas por razones demográficas (los mayores de 65 años y los jóvenes menores de 15), se relacionan con las personas que presuntamente deben sostenerlas con su actividad (15-64 años).

**Fig. Índice de dependencia**

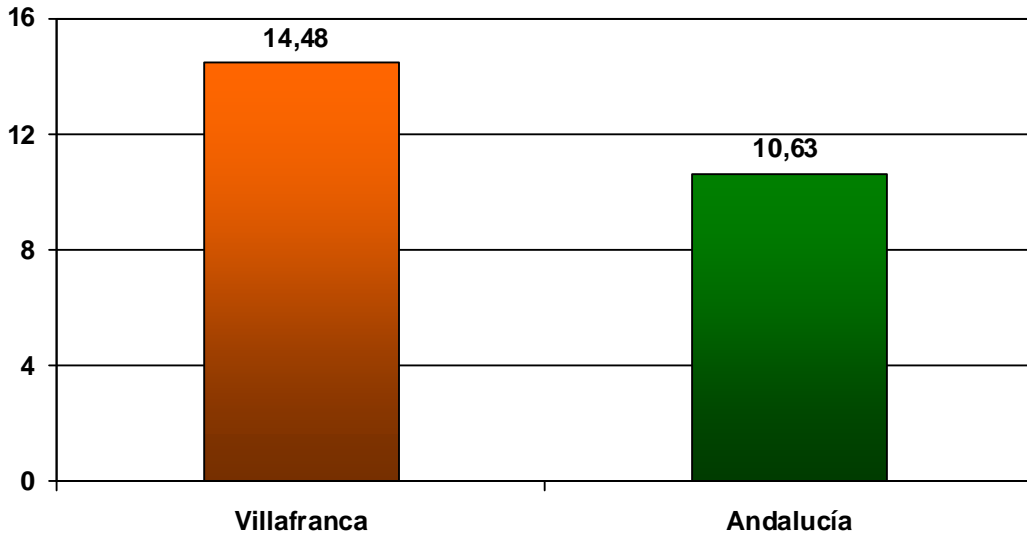


En este mismo sentido, en cuanto a la carga social que suponen los mayores de 65 años, el Índice Generacional de Ancianos (mide el número de personas de 35 a 64 años que podrían hacerse cargo de cada persona de 65 y más años) de Villafranca de Córdoba (264,33) es algo menor que el andaluz (269,17), ya que en Andalucía más personas jóvenes pueden hacerse cargo de las mayores que en Villafranca de Córdoba.

Respecto a los nacimientos, Villafranca de Córdoba presenta valores mayores que los de Andalucía en la Tasa de Natalidad.

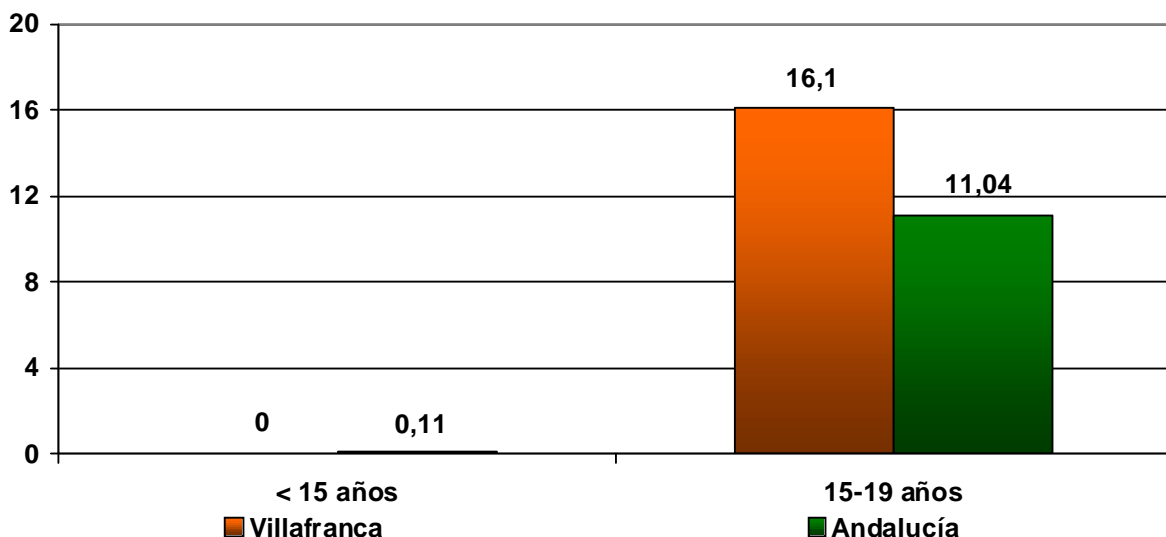
En la pirámide de población se observa una mayor proporción del grupo de 0 a 4 años que en la de Andalucía.

**Fig. Tasa de Natalidad.**



Por edad de la madre, en las edades más tempranas (menores de 15 años), en el período evaluado no se han producido en nuestro municipio nacimientos (0) y casi lo mismo, en las mujeres andaluzas (0,11) aunque si que tenemos una Tasa Específica de Fecundidad mucho más elevada en el grupo de edad de 15 a 19 años (16,10), evidenciando una maternidad muy joven, con embarazos en la adolescencia mayor que en las jóvenes de Andalucía (11,04).

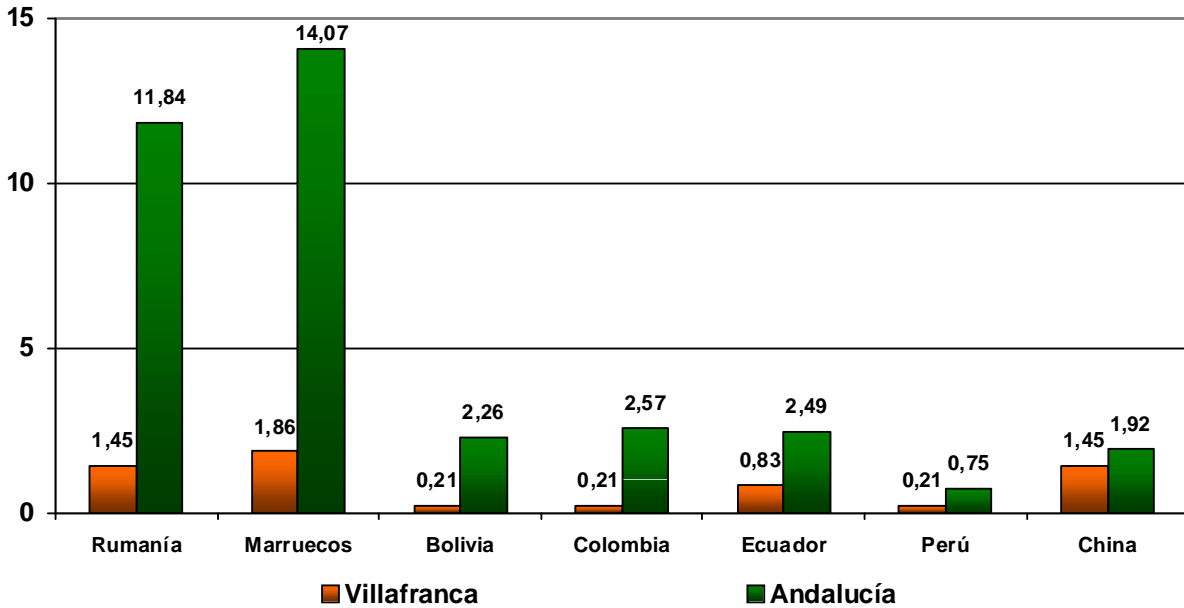
**Fig. Tasas de Fecundidad Específica por Edad.**



Respecto a la inmigración, Villafranca de Córdoba (10,35/1.000) presenta una tasa de inmigración global muy inferior a la andaluza (86,67) y por país de origen, esta tasa también es menos que las que se presentan en Andalucía.

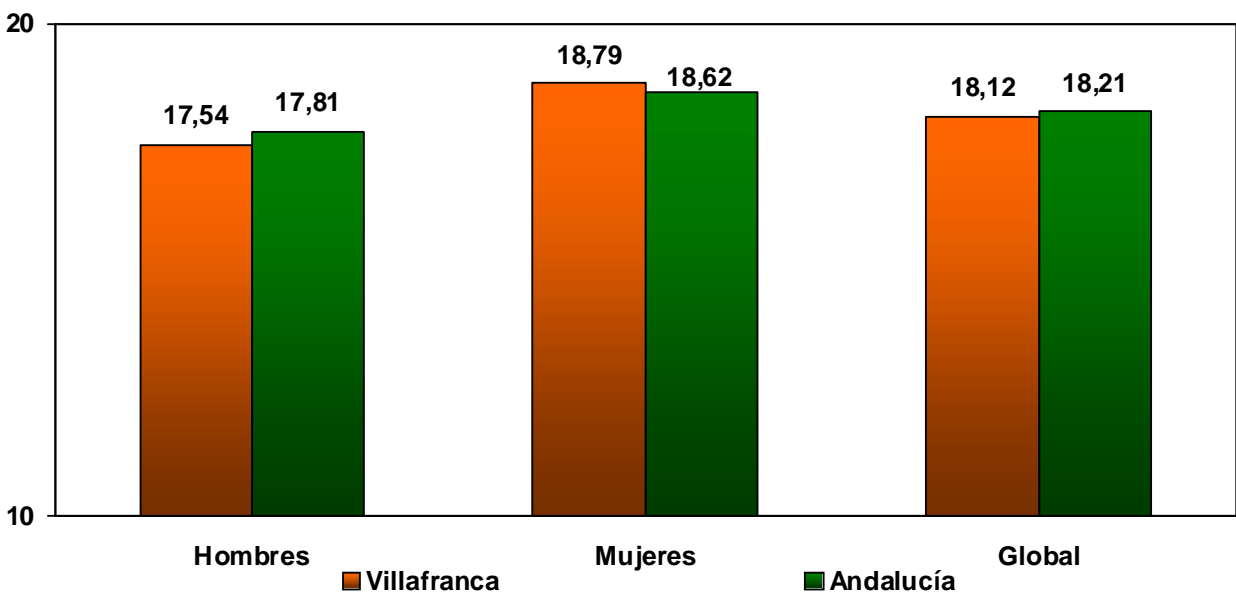
Respecto a los países de procedencia, la principal tasa de inmigración de Villafranca de Córdoba es la procedente de Marruecos y, tras esta, la procedente de Rumania y China.

Fig. Tasa de Inmigración.



La tasa de paro global es menor en Villafranca de Córdoba que en Andalucía, aunque en mujeres está por encima de la andaluza.

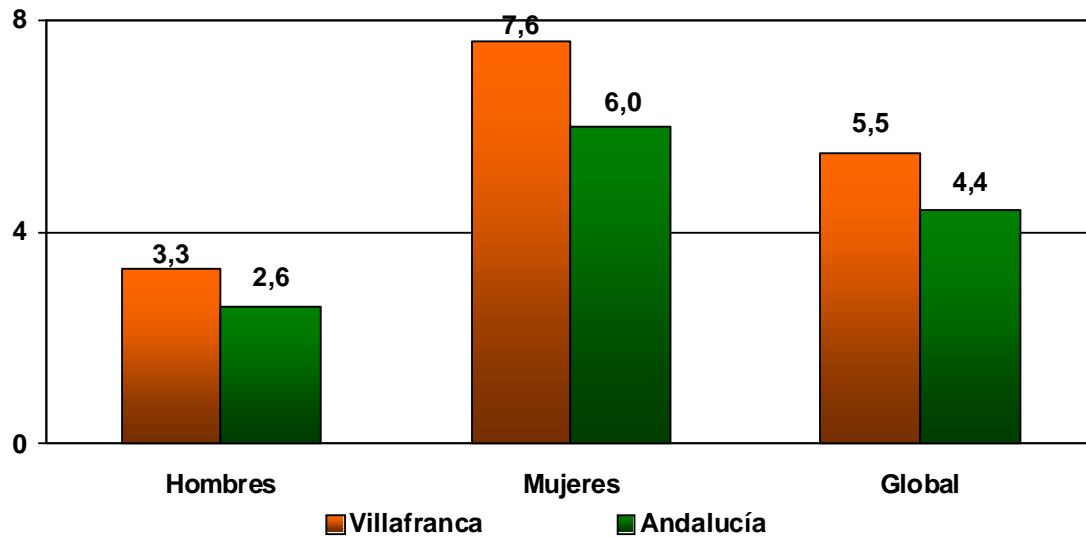
Fig. Tasa de paro.



Villafranca de Córdoba posee una tasa de analfabetismo con valores por encima de las tasas regionales y con un patrón similar a la tasa andaluza respecto a las diferencia por sexo, con una diferencia marcada de forma desfavorable en las mujeres.

Este indicador informa de la situación educativa en el municipio y de las características propias de la población y su posible relación con otros problemas como desempleo, bajo nivel de cualificación profesional etc., que a su vez se relaciona con los niveles de salud de la población

**Fig. Tasa de Analfabetismo.**



### Indice de Ruralidad

El Índice de Ruralidad de Villafranca de Córdoba es de -1,35628, calificándose como de baja ruralidad.

### 3. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

#### JOVENES

No disponiendo de datos específicos de población perteneciente a Palma del Río, exponemos a continuación algunos datos que aparecen en el estudio HBSC 2011, correspondiente al estudio de la conducta sobre salud de los jóvenes andaluces en edad escolar, considerando que los jóvenes de Palma del Río presentan las mismas características que el resto de los jóvenes andaluces.

#### Adicciones

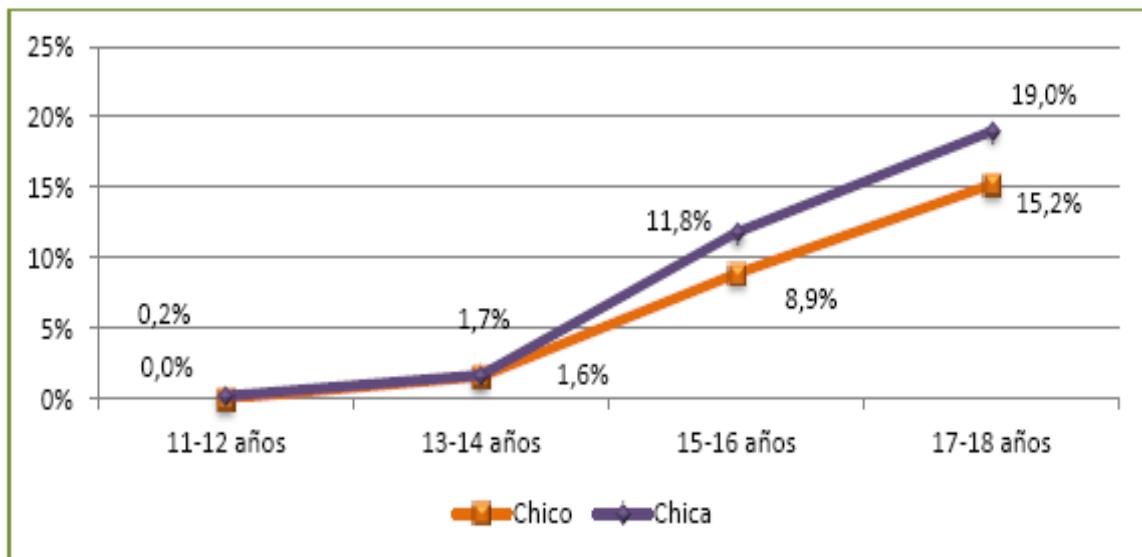
##### Tabaco:

El consumo de tabaco en la población adolescente española se resume en cifras como que el 33,4% de los adolescentes de las edades estudiadas (11 a 18 años) manifiesta haber fumado tabaco alguna vez, siendo el porcentaje más elevado entre las chicas que entre los chicos, de forma que en el grupo de 15-16 años han fumado alguna vez un 52,0% de las chicas frente a un 40,9% de los chicos

En lo que atañe al inicio en el consumo, a los 11-12 años ya el 4,6% ha fumado alguna vez y a los 17-18 años el 62,1%.

En cuanto al consumo habitual de tabaco, fuman todos los días un 7,9% de los adolescentes, incrementándose este % en comparación con el estudio anterior (2006), que era de 7,5%.

Fig. Consumo diario de tabaco por edad y sexo.

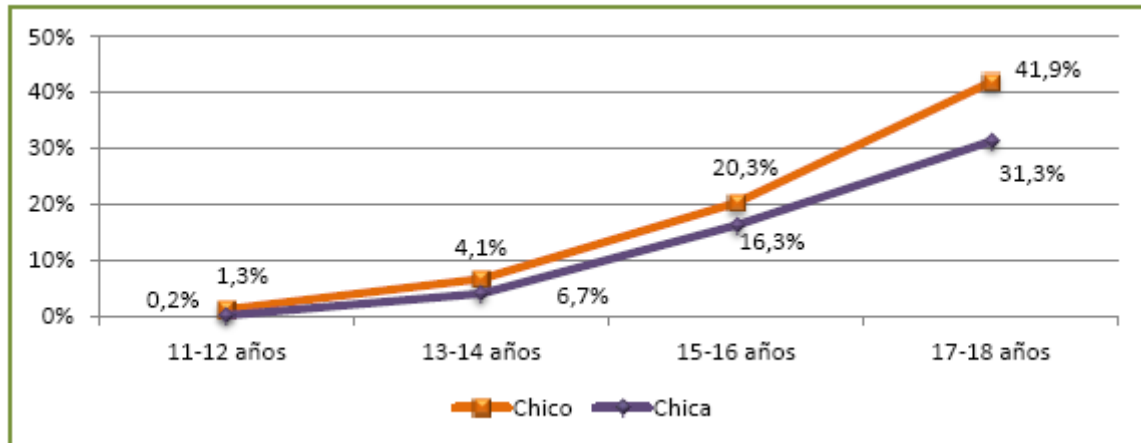


##### Alcohol:

Un 59,1% de los adolescentes encuestados manifiesta haber consumido alcohol alguna vez (algo más que un sorbo o un trago). Por sexo, los chicos en un 60% y las chicas en un 57,8%. Por edad, a los 11-12 años el 26,80% de los chicos y el 15% de las chicas. A partir de aquí se va incrementando, de forma que a los 17-18 años el 90% de los chicos y el 89% de las chicas han probado el alcohol.

El consumo semanal es más frecuente en chicos (18,4%) que en chicas (14,1%). A los 17-18 años el 41,9% de los chicos tiene un consumo semanal y un 31,3% de las chicas.

**Fig. Consumo semanal de alcohol por edad y sexo.**



Respecto a 2006 (27,90%), en 2011 (33,10%) se ha incrementado el % de escolares que ha presentado algún episodio de embriaguez. En este caso, en 2011, por sexo no hay diferencia, chicas 33,4% y chicos 33,3%.

En cuanto al nº de veces, se han emborrachado más de 10 veces un 7% (chicos: 8,8% y chicas: 5,5%). Por edad, esto lo han hecho el 1,1% a los 11-12 años y un 18,5% a los 17-18 años.

**Cannabis:**

Alguna vez el 23,7% de los escolares de 15-18 años ha consumido cannabis. Por sexo no hay diferencia, el 23,8% de los chicos y el 23,6% de las chicas han consumido alguna vez.

En cuanto a la frecuencia de consumo, un 7,4% han consumido 10 veces o más y este % era de 6,6% en 2006. Por edad y sexo, a los 15-16 años el 6,9% de los chicos han realizado un consumo de 10 veces o más y el 5,9% de las chicas. En el grupo de 17-18 años este % aumenta al 9% en chicos y al 7,5% en chicas.

**Fig. Consumo de cannabis 10 veces o más en los últimos 12 meses por edad y sexo.**

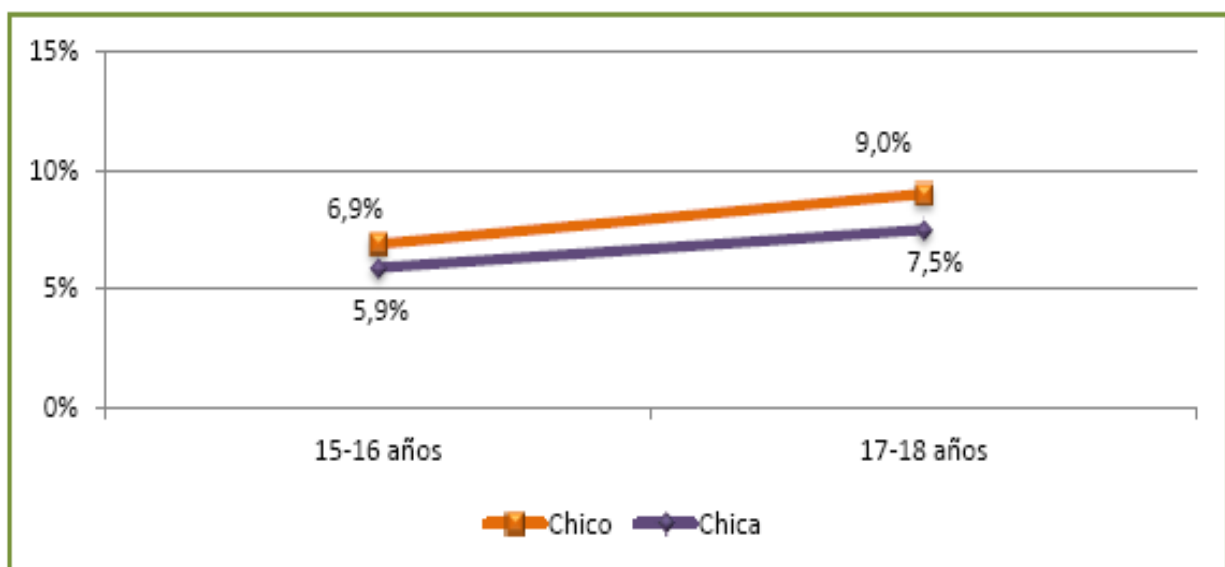
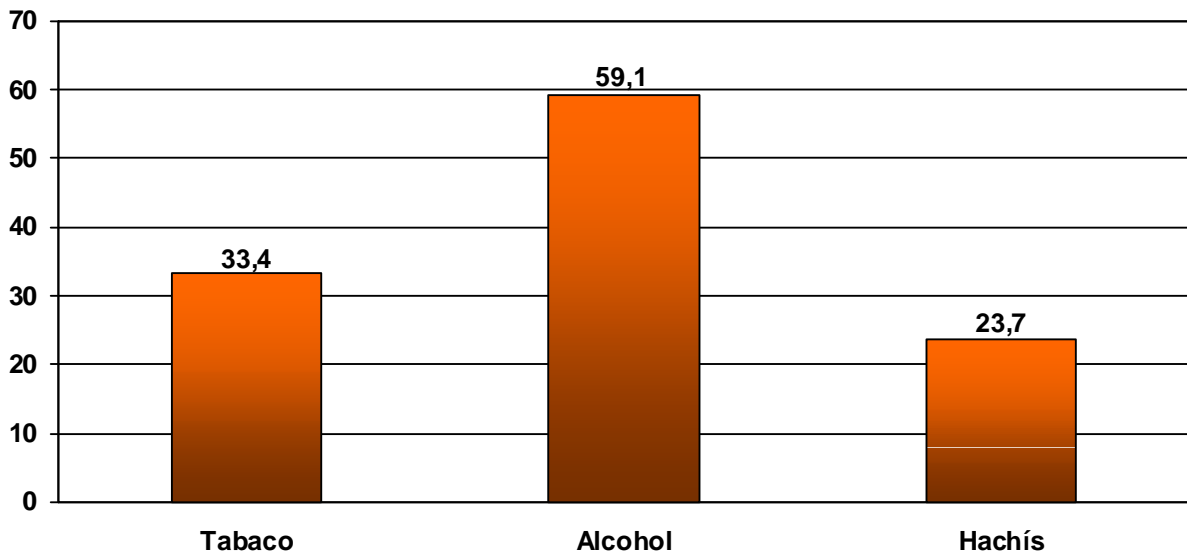




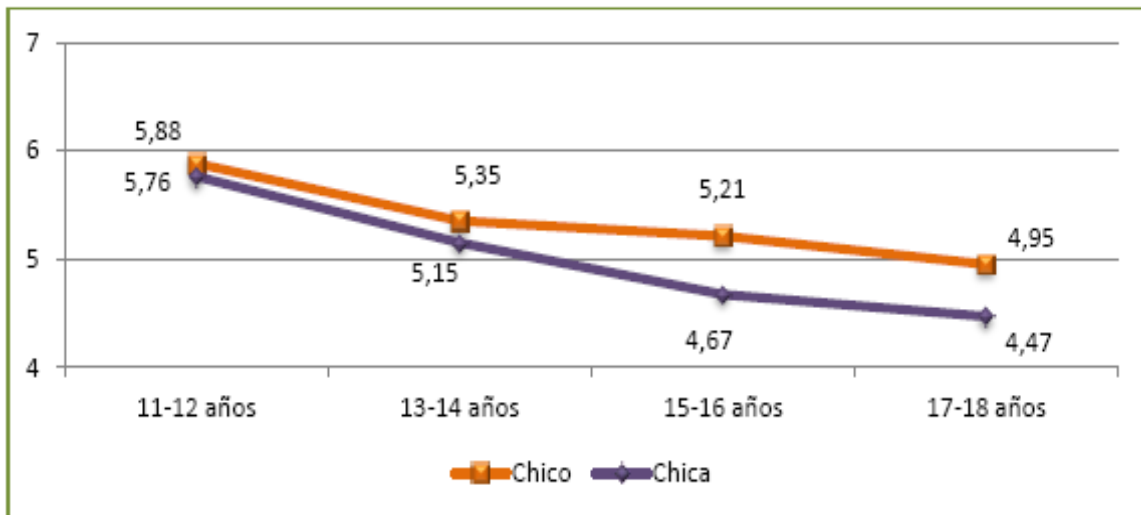
Fig. % de adolescentes que han consumido tabaco, alcohol y cannabis alguna vez.



**Alimentación y Dieta.**

En relación con el desayuno, son más los chicos que las chicas quienes realizan esta comida a diario (y la tendencia en ambos sexos es a que disminuya el porcentaje de quienes desayunan todos los días conforme avanza la edad. No desayunan ningún día un 2,6% de los adolescentes (2,6% de los chicos y 2,8% de las chicas)

Fig. Promedio de días de desayuno por edad y sexo.



En cuanto a los hábitos de alimentación, nunca come fruta un 7,2% de los adolescentes (8,1% de los varones y 6,5% de las mujeres).

Nunca come verdura un 3,9% de los escolares (4,6% de los chicos y 3,1% de las chicas) y nunca come fruta el 7,2% (8,1% y 6,5% de chicos y chicas respectivamente).

Si comen dulces a diario, una o más veces, el 16,7% de los adolescentes, más las chicas (18,3%) que los chicos (15,1%) y también toman refrescos o bebidas azucaradas a diario (una o más veces) el 34,2% de ellos, los chicos el 36,5% y las chicas el 31,9%.

### Actividad Física y Sedentarismo.

En todas las edades estudiadas son los chicos quienes despliegan más actividad física que las chicas. De igual manera, y afectando en este caso a los dos sexos, se observa que a partir de los 13-14 años desciende ligeramente la actividad física a medida que aumenta la edad.

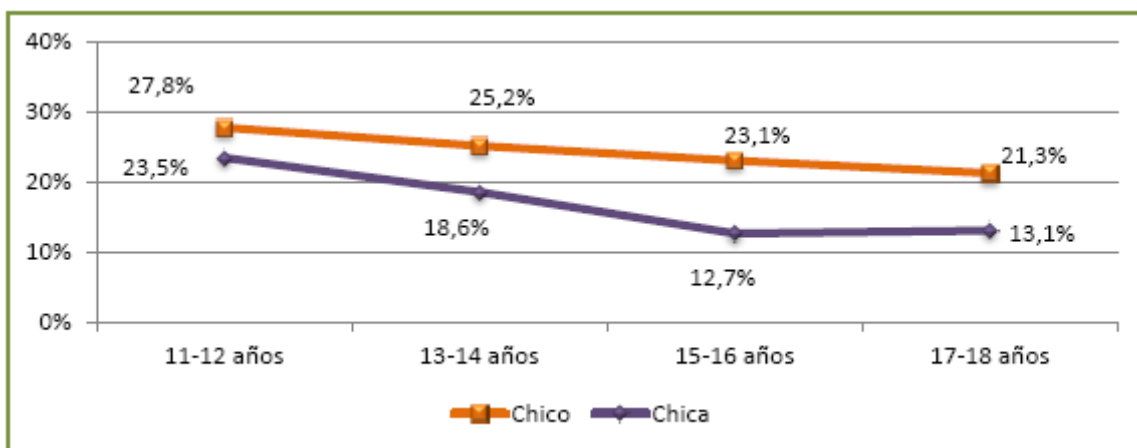
El % de adolescentes que realizan actividad física 7 días a la semana es mucho menor en las chicas (13,8%) que en los chicos (28,3%), descendiendo con la edad.

Un 3,4% de los adolescentes no realiza ninguna actividad física de moderada a vigorosa (60 minutos al día, no necesariamente seguidos). De ellos 2,5% lo s chicos y 4,4% las chicas.

### Sobrepeso y Obesidad

Presentan sobrepeso u obesidad el 20,6% de los adolescentes. De ellos el 24,2% de los chicos y el 16,7% de las chicas. Por edad, el % va disminuyendo del grupo de 11-12 (25,6%) hasta el de 17-18 (17,2%).

Fig. Índice de sobrepeso u obesidad por sexo y edad.



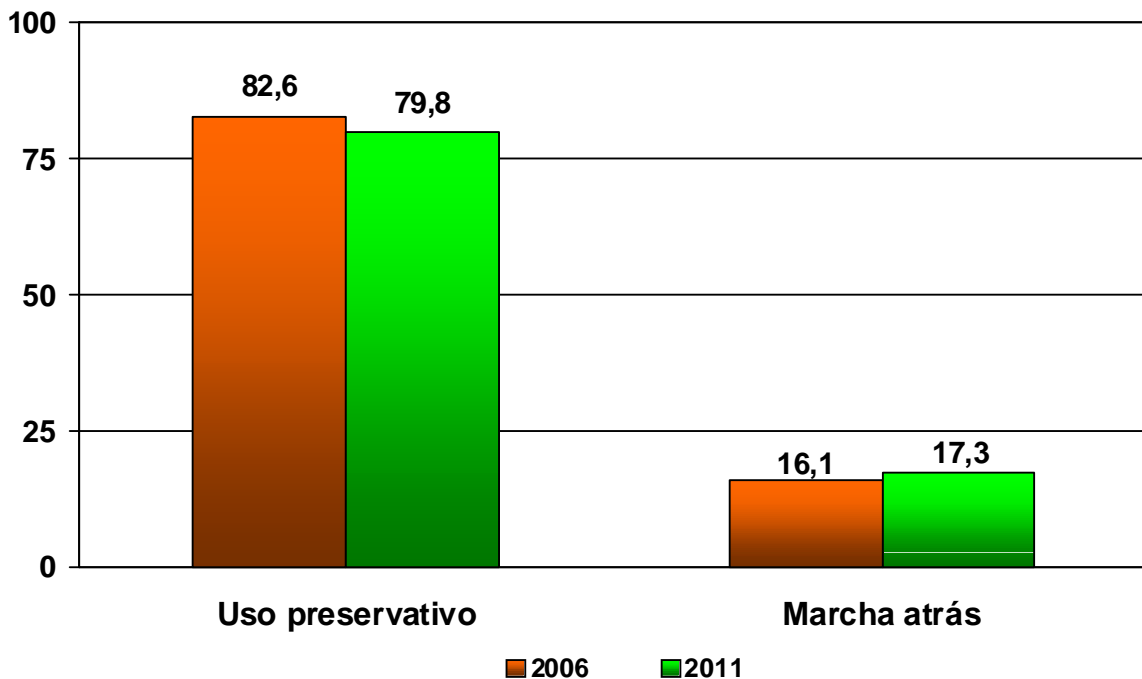
### Relaciones Sexuales.

En la encuesta, el 43,8% manifiesta haber tenido relaciones sexuales coitales, las chicas (44,4%) y los chicos (43,2%).

En cuanto a los métodos anticonceptivos, utilizan métodos no seguros como la “marcha atrás” el 17,3% de los adolescentes y este % ha aumentado algo de 2006 a 2011 y por el contrario en este periodo ha disminuido el uso del preservativo como método anticonceptivo en la última relación coital.

En los resultados a nivel nacional, el 12,1% manifiesta no haber utilizad ningún método en su última relación coital.

**Fig. % de adolescentes que han usado anticonceptivo y marcha atrás como método anticonceptivo en su última relación sexual.**



En cuanto al uso de la píldora del día después, un 21,2% de los adolescentes de 15-18 años dicen haberla utilizado. De ellos el 6,9% más de una vez.

En relación a los embarazos adolescentes (haberse quedado alguna vez embarazada), dicen haber estado embarazada un 4,9% de las chicas. De estas han tenido 1 embarazo un 2,6%, más de un embarazo el 2,3% y no está segura un 2,1%. Además, esta eventualidad es más frecuente en el grupo de 15-16 años que en el de 17-18.

**Tabla. Haber estado o dejado embarazada a alguien por sexo y edad**

	Total		Sexo		Edad	
			Chico	Chica	15-16 añ	17-18 añ
	Muestra	%	%	%	%	%
<b>Nunca</b>	2.515	92,5%	92,0%	93,0%	92,5%	92,6%
<b>1 vez</b>	84	3,1%	3,6%	2,6%	2,7%	3,3%
<b>2 o más veces</b>	63	2,3%	2,3%	2,3%	2,7%	2,1%
<b>No estoy seguro/a</b>	57	2,1%	2,1%	2,1%	2,2%	2,0%

Respecto al estudio HBSC realizado en 2006, dicen haber estado o dejado embarazada a alguien al menos una vez en la vida el 5,4% en 2011 y 3,3% en el estudio anterior.

**ADICCIONES (POBLACION GENERAL)**

Los siguientes datos corresponden a personas asistidas en el Centro Comarcal de Drogodependencias (Instituto Provincial de Bienestar Social) y son casos por tipo de consumo y sexo de los usuarios activos en el período 1/1/2008 - 31/12/2012 (sin contar tabaco).

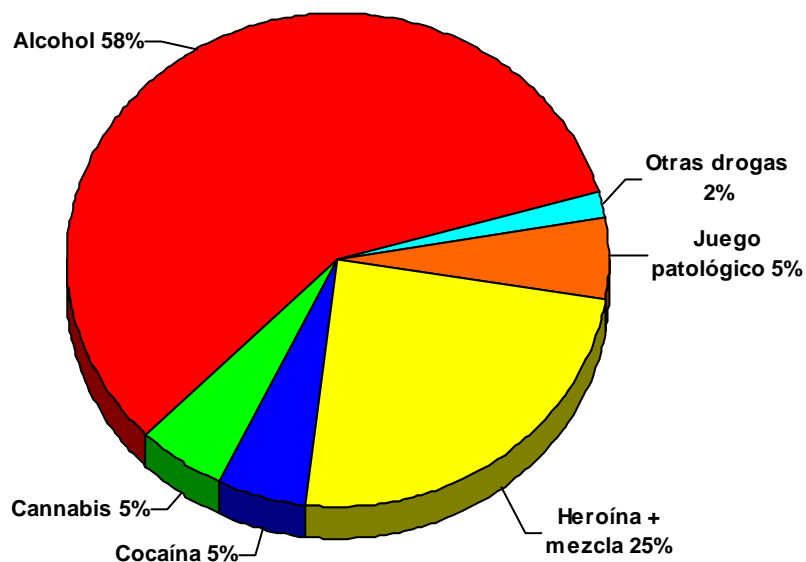
En total hay 57 pacientes, de los cuales 53 son hombres y 4 mujeres.

Tabla. Pacientes en consulta de 2008-2012 por adicción y sexo.

ADICCION	Sexo	Pacientes	Edad Media	Edad Mínima	Edad Máxima
Alcohol	Hombre	29	49	27	80
	Mujer	4	38	31	46
	<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>47</b>	<b>27</b>	<b>80</b>
Cannabis	Hombre	3	23	19	27
	Mujer	0			
	<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>23</b>	<b>19</b>	<b>27</b>
Cocaína	Hombre	3	26	22	32
	Mujer	0			
	<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>26</b>	<b>22</b>	<b>32</b>
Heroína y mezcla	Hombre	14	43	25	51
	Mujer	0			
	<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>43</b>	<b>25</b>	<b>51</b>
Juego Patológico	Hombre	3	35	24	46
	Mujer	0			
	<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>35</b>	<b>24</b>	<b>46</b>
Otras drogas	Hombre	1	51	51	51
	Mujer	0			
	<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>51</b>	<b>51</b>	<b>51</b>
<b>TOTAL CENTRO</b>	<b>Hombre</b>	<b>53</b>	<b>38</b>	<b>19</b>	<b>80</b>
	<b>Mujer</b>	<b>4</b>	<b>38</b>	<b>31</b>	<b>46</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>37</b>	<b>28</b>	<b>48</b>

El mayor % de pacientes tratados en el CCD son por adicción al alcohol (58%), heroína sola o mezclada suponen un 25% del total y tras esto, cocaína y cannabis 5%, igual que para la ludopatía.

Fig. % de pacientes según tipo de adicción.



La mayoría de pacientes son hombres (93%) frente a un 7% de mujeres y estas solo son atendidas por alcohol, no habiendo casos para el resto de adicciones.

La edad media de los enfermos tratados es de 38 años, variando entre 19 y 80 años. Las edades más tempranas se dan en los tratados por cannabis y los de mayor edad en los tratados por alcohol.

#### 4. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD.

##### INCIDENCIA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (EDO).

EDO 2008-2012	Nº Casos	Tasa/100.000
Anisakiasis	1	4,31
Meningitis Bacteriana, Otras	1	4,31
Meningitis víricas	1	4,31
Tuberculosis	1	4,31

De las principales enfermedades de origen infeccioso declaradas en el municipio de Villafranca de Córdoba, que en los últimos 5 años solo se han declarado 4 casos de EDO, siendo la tasa media para el quinquenio de 4,31/100.000 habitantes para cada una de las causas.

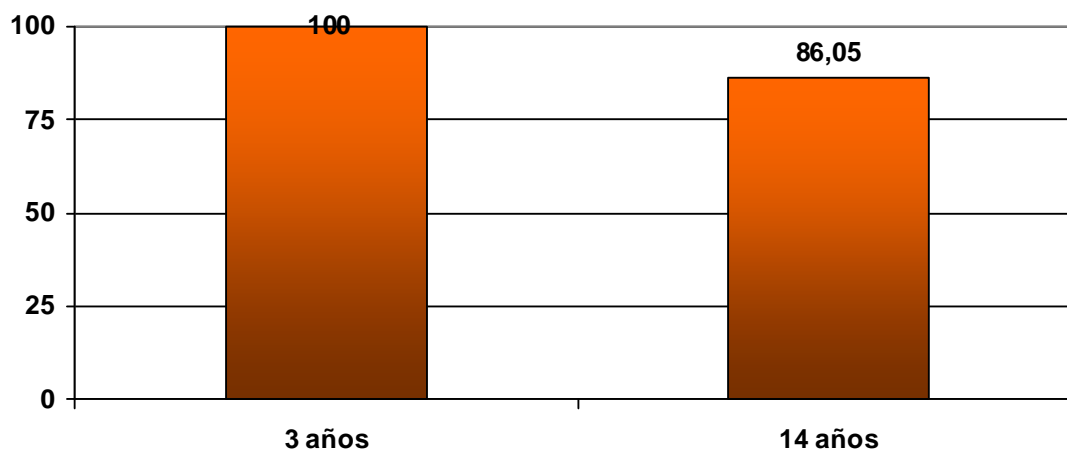
##### Salud Infantil.

Consideramos que la población infantil de Villafranca de Córdoba tiene buenas coberturas en cuanto a los servicios que realiza el personal sanitario de esta población y no se presentan problemas trascendentes.

En cuanto a los Programas relacionados con los niños, la cobertura de vacunación completa y la vacunación de triple vírica a 3 años en niños/as es del 100%.

Sin embargo en la escuela, la vacunación de los niños de 14 años solo alcanza el 86,05%.

Fig. % de vacunación en niños y de 3 y 14 años.

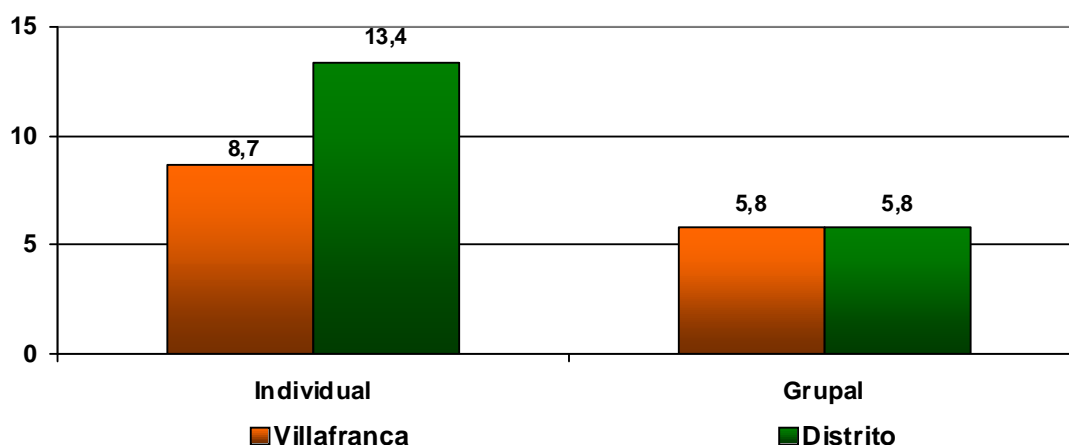


La obesidad infantil es un problema de salud de la población andaluza, para el que la Consejería de Salud puso en marcha el Plan Integral de Obesidad Infantil (PIOBIN) de Andalucía a fin de dar respuesta al mismo.

Se considera que un 29 % de la población entre 6 y 14 años presentan obesidad o sobrepeso por lo que en Villafranca de Córdoba, con esa prevalencia teórica, hay 138 niños con obesidad o sobrepeso.

De estos niños y niñas, en el año 2012, han recibido consejo dietético avanzado individual un 8,7% y grupal un 5,8%.

**Fig. % de niños y niñas con intervención avanzada individual y grupal en PIOBIN, en Villafranca de Córdoba y Distrito.**

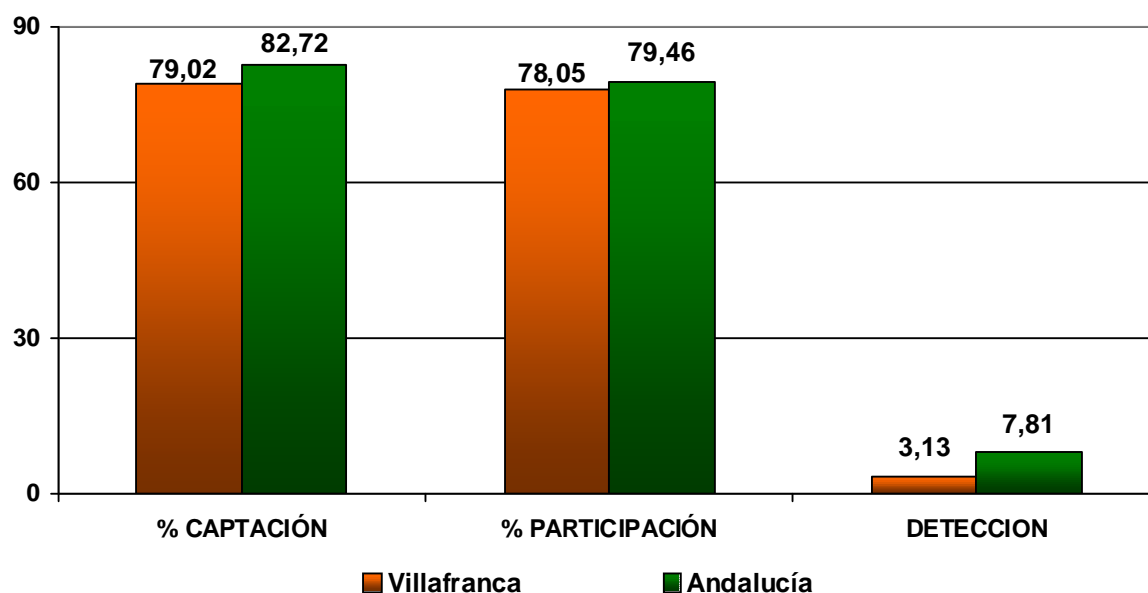


### Programas Relacionados con la Mujer.

Las tasas de Captación y de Participación de mujeres de Villafranca de Córdoba en el programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama 2010-2011 están por debajo de las tasas andaluzas.

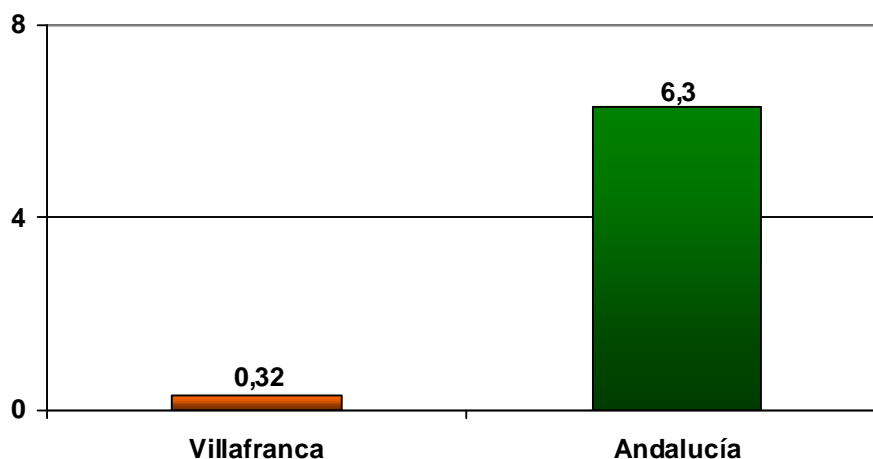
En cuanto a la tasa de detección, Villafranca de Córdoba presenta una tasa de 3,13 por 1000 mujeres, menor que la tasa de Andalucía, que alcanza un 7,81 por 1000 mujeres.

**Fig. Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama.**



En Villafranca de Córdoba, la tasa de IVE (Interrupción Voluntaria de Embarazo) en mujeres de 15 a 49 años en el año 2012 se sitúa muy por debajo de la andaluza y no se han producido embarazos en adolescentes.

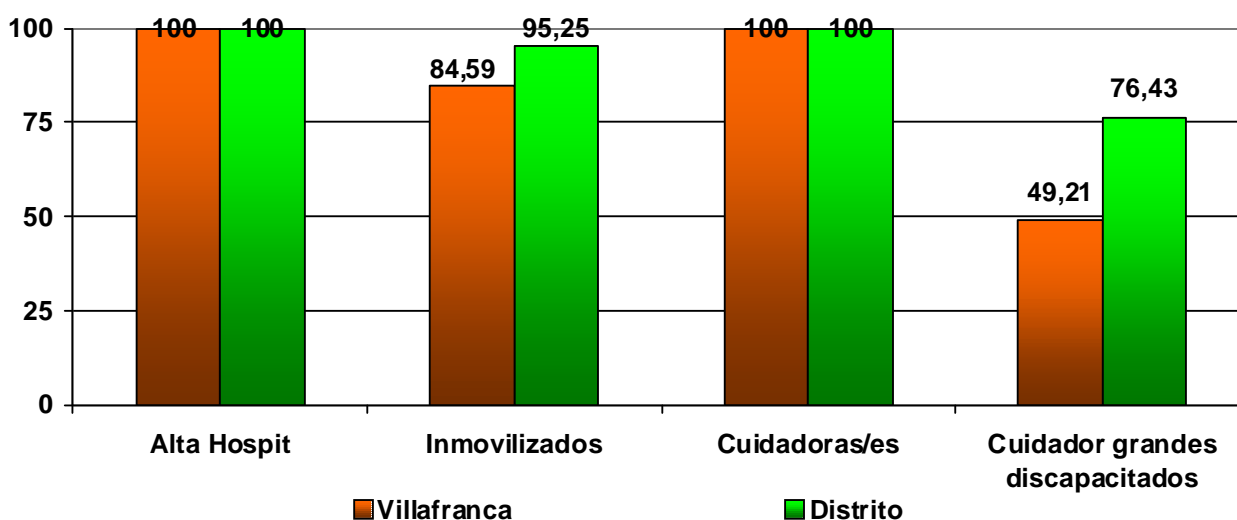
Fig. Tasa de IVE por 1000 mujeres de 15 a 49 años.



### Seguimiento Domiciliario Protocolizado.

Villafranca de Córdoba tiene una buena cobertura de seguimiento domiciliario protocolizado a personas tras alta hospitalaria, como la de Distrito, aunque no es así en la atención a inmobilizados, situándose por debajo de la cobertura de Distrito en el año 2012. En la atención a cuidadoras/es también tiene buena cobertura pero en los cuidadores/as de grandes discapacitados tiene una baja cobertura respecto a la de Distrito.

Fig. Cobertura de seguimiento domiciliario protocolizado a personas inmobilizadas.



Este indicador hace referencia a personas que por sus características de salud precisan que les dispensen cuidados de salud en el domicilio, (altas hospitalarias que precisan cuidados de seguimiento en domicilio, atención a personas inmobilizadas, atención a personas en situación terminal o necesitadas de cuidados paliativos, atención a ancianos frágiles, atención a ancianos residentes en instituciones).

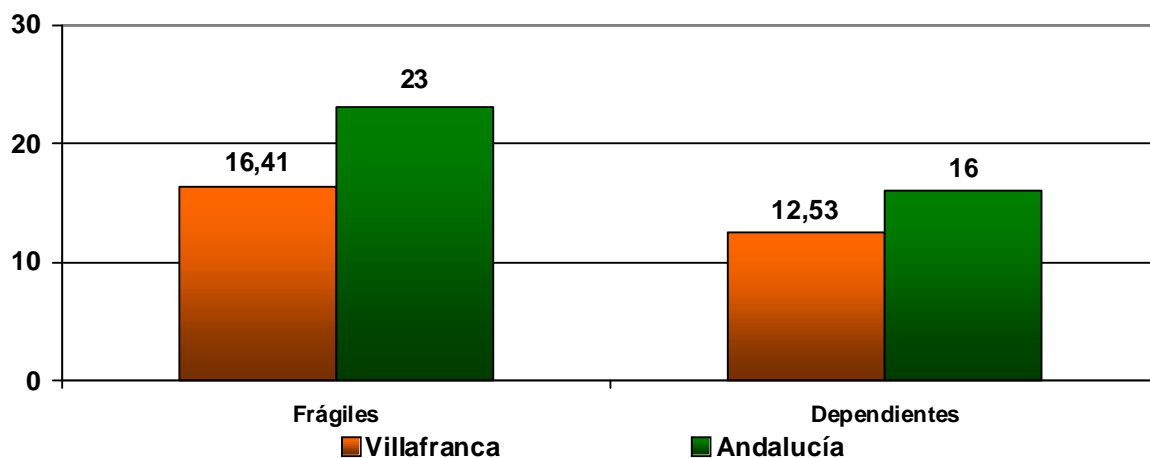
### Atención a las personas mayores de 65 años.

En Villafranca de Córdoba el nº de personas mayores de 65 años es de 662 (BDU 2012). De estos, se encuentran incluidos en el programa de examen de salud a > 65 años el 69,94%. De los mayores de 65 años incluidos en el programa, el 16,41% se consideran, según el su grado



de autonomía personal, como frágiles o en riesgo de dependencia y el 12,53% como dependientes.

**Fig. Programa de Atención a personas mayores de 65 años.**



En relación con la población andaluza, los mayores de 65 años de Villafranca de Córdoba presentan un menor porcentaje de personas autónomas y de ancianos frágiles y dependientes.

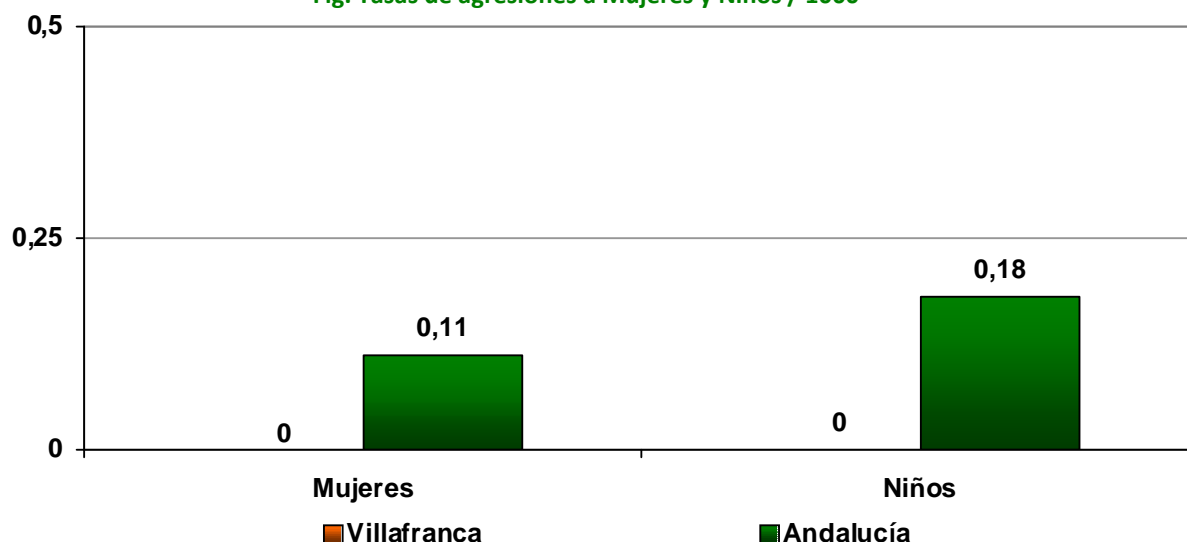
Sin duda este indicador, por la evolución de la población, que va envejeciendo y necesitando cada vez más de cuidados, irá incrementándose paulatinamente en el futuro.

Además de la población necesitada de cuidados, debemos tener en cuenta a aquellas que prestan los cuidados, en su mayoría mujeres y una proporción importante de estas mujeres cuidadoras superan también los 65 años, estando incluidas en el mismo programa que las personas a las que cuidan. Por parte de los servicios sanitarios, se debe identificar a los cuidadores principales de las personas necesitadas de cuidados y realizar una valoración integral de los mismos.

### Atención de personas en Riesgo Social.

En Villafranca de Córdoba, no se han producido casos de violencia de género ni de maltrato infantil ni a mayores ni a personas dependientes en los dos últimos años

**Fig. Tasas de agresiones a Mujeres y Niños / 1000**

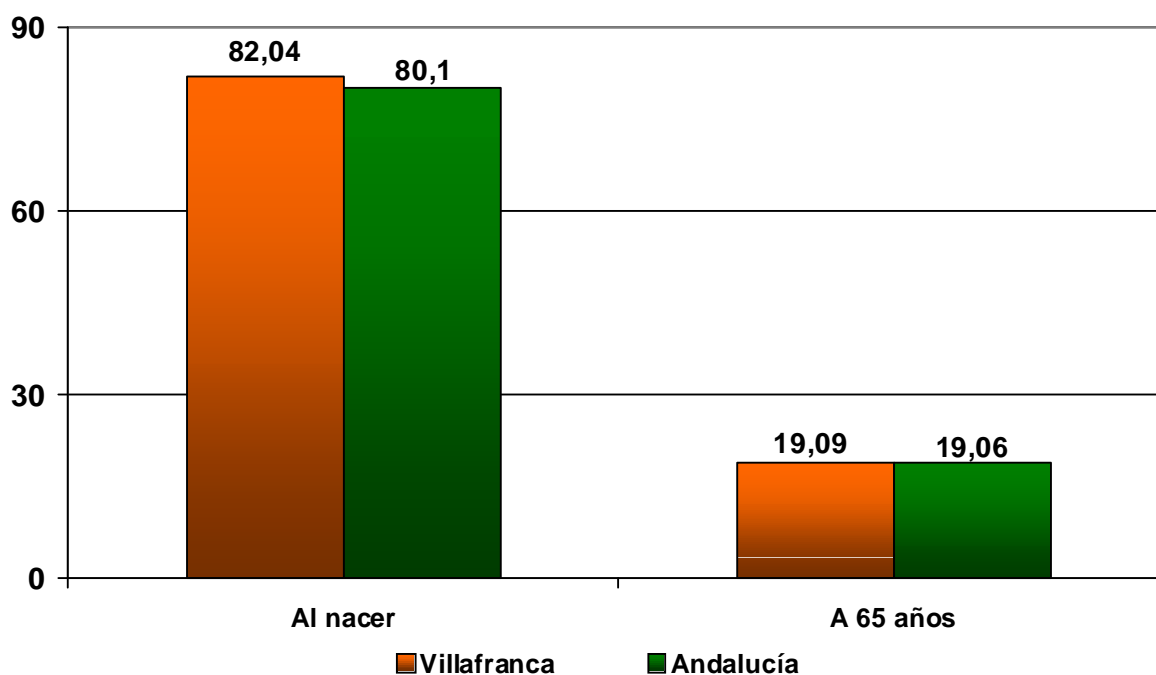


## 5. MORTALIDAD

### Esperanza de Vida al nacer y a los 65 años.

La esperanza de vida de la población al nacimiento en Villafranca de Córdoba está algo por encima de la andaluza. A los 65 años se iguala a la población de nuestra comunidad autónoma.

Fig. Esperanza de vida al nacer y a los 65 años.



### Mortalidad por causas.

Tomando las 21 causas de mortalidad que analiza AIMA 1981-2006 (VIH, cáncer de estómago, cáncer de colon, recto y ano, cáncer de hígado, cáncer de laringe, cáncer de pulmón, cáncer de mama, cáncer de útero, cáncer de ovario, cáncer de próstata, cáncer de vejiga, diabetes mellitas, Alzheimer, enfermedad isquémica, enfermedad cerebrovascular, aterosclerosis, IRA, Neumonía, Influenza, enfermedad crónica de vías respiratorias inferiores, cirrosis y accidentes de tráfico) encontramos tasas significativas por encima de la española en los siguientes grupos de edad y sexo:

- Enfermedad Cerebrovascular: mujeres de 45-64 años y hombres de 65-74 años
- Enfermedad crónica de vías respiratorias inferiores: hombres de 65-74 años

Por otra parte, el Registro de Mortalidad de Andalucía nos ha aportado el indicador "Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP)". Se definen como los APVP entre los 0 y los 70 años de edad, según sexo y causas en el periodo 2002 al 2006 (última información disponible). Se muestran las tasas estandarizadas por 100.000 personas-año.

En Villafranca de Córdoba encontramos tasas por encima de las andaluzas en cáncer de estómago en mujeres, cirrosis en hombres y enfermedad cerebrovascular tanto en hombres como en mujeres.

Fig. Causas de mortalidad prematura por encima de la andaluza en mujeres.

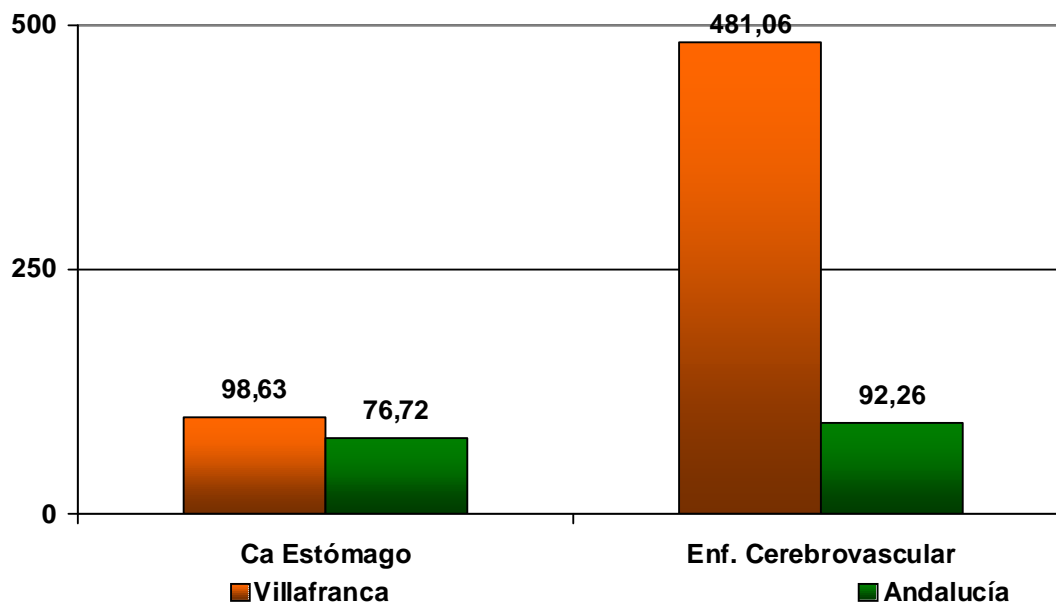
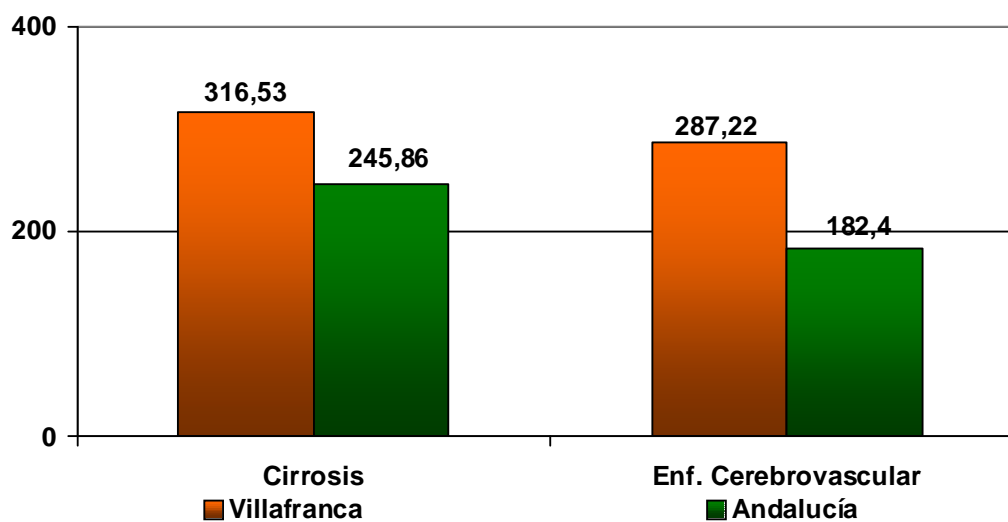


Fig. Causas de mortalidad prematura por encima de la andaluza en hombres.



Las principales de causas de mortalidad por estas enfermedades están asociadas con factores de riesgo asociados a los estilos de vida, como el tabaquismo, obesidad e inactividad física, adicción a drogas, alcohol, etc.

## CONCLUSIONES.

### Sociodemografía.

La población de Villafranca de Córdoba presenta una estructura similar a la andaluza, de tipo regresivo, con una población madura aunque no envejecida. Destacamos una población dependiente, mayores de 65 años y menores de 15 que es casi un tercio del total de la población, siendo el índice de dependencia de este municipio, igual que el andaluz. La relación de dependencia de ancianos en Villafranca de Córdoba es igual que en Andalucía en ambos sexos, aunque con un mayor peso de las mujeres que de los hombres. Este indicador mide el peso que debe soportar la población activa para sostener a la población que no lo es, infantil y mayores.

En este mismo sentido, el Índice Generacional de Ancianos mide la carga social que suponen los mayores de 65 años y en Andalucía más personas jóvenes pueden hacerse cargo de las mayores que en Villafranca de Córdoba.

La tasa de sobreenviejamiento es algo mayor en Villafranca de Córdoba que en la población andaluza, tanto en hombres como en mujeres, aunque hay más mujeres de más de 84 años que hombres.

El aumento en la esperanza de vida hace que la población anciana sea cada vez más importante en nuestros municipios. Por otra parte, la edad es uno de los principales condicionantes del estado de salud, y en esta etapa de la vida tienen especial importancia problemas como los relacionados con la movilidad y para el desarrollo de las actividades cotidianas y las discapacidades. Por otra parte, las necesidades de recursos de salud y sociales también son mayores.

El envejecimiento va a continuar en los próximos años, en los que la población mayor seguirá incrementándose de manera notable, a la vez que disminuirá la proporción de personas en edades jóvenes.

Una característica demográfica que se irá agudizando con el paso del tiempo, es la que se ha llamado “envejecimiento del envejecimiento”, esto es, el gran aumento que va a experimentar el colectivo de población de 80 y más años, cuyo ritmo de crecimiento es muy superior al del grupo de 65 y más años en su conjunto.

Habrá que tener en cuenta la presión sobre los recursos sociosanitarios ya que más del 32% de las personas mayores de 65 años tiene alguna discapacidad, mientras que entre las menores de 65 años la proporción de personas con discapacidad no llega al 5%. En este grupo, son las personas mayores de 80 años en las que se concentra la mayor parte de las situaciones de dependencia.

Si hablamos de Esperanza de Vida Libre de Discapacidad, los andaluces presentan peor estado de salud que el conjunto español, y tiene una especial relevancia las discapacidades que presentan las mujeres andaluzas a partir de los 65 años, siendo este un sector de población cada vez más numeroso. Aunque las mujeres tienen una mayor longevidad a todas las edades tienen una peor calidad de vida que los hombres, tanto en Andalucía como en España.

En este escenario, la presión sobre el sistema de provisión de cuidados no descenderá y por el contrario otras demandas competirán por los recursos existentes.

Este proceso de envejecimiento de nuestra población debe ser aprovechado como oportunidad social para dar respuesta a este logro humano de vivir más y vivir mejor, en el que las necesidades crecientes de atención a las personas de edades más avanzada concurren por el cambio de modelo de familia y la incorporación de la mujer al mundo laboral, con una crisis de los sistemas de apoyo informal que ha venido dando respuesta a tales necesidades.

Las personas que necesitan cuidados y los cuidadores precisan diferentes tipos de ayuda. La primera consiste en la provisión de ayuda emocional, es decir, sentirse querido por las personas allegadas, relacionarse con ellas, expresarles opiniones, sentimientos, puntos de vista, intercambiar expresiones de afecto. Este tipo de apoyo refuerza el sentido de pertenencia y la autoestima.

Una segunda forma de apoyo es la que puede denominarse informativo y estratégico, que consiste en la ayuda que se recibe para la resolución de problemas concretos y afrontamiento de situaciones difíciles. Saber que se puede contar con personas que pueden colaborar con sus orientaciones y juicios a resolver alguna cuestión que no se sabe cómo encarar es un tipo de apoyo nada desdeñable.

Por último, el apoyo material o instrumental consiste en la prestación de ayuda y/o servicios en situaciones problemáticas que no pueden resolverse por uno mismo.

Las tasas de natalidad y fecundidad son algo más elevadas que las andaluzas. Por otra parte, Villafranca de Córdoba no tiene nacimientos en las edades más bajas (< 15 años), sin embargo los embarazos en mujeres adolescentes (15 a 19 años) superan a los de Andalucía.

La inmigración presenta en Villafranca de Córdoba tasas mucho más bajas que las andaluzas, siendo su población inmigrante con mayor presencia la procedente de Marruecos, seguida de la de Rumania y China. Para el resto de países las tasas de inmigración son muy bajas.

Referente a esta población, si es estable, deberíamos tender a su integración, como proceso de mutuo acomodo que afecta tanto a los inmigrantes como a la mayoría de la población, garantizando así la prevención de altos índices de pobreza, analfabetismo, deterioro de las condiciones de salud en esta población en contraposición con el fenómeno de exclusión, como situación en la cual los inmigrantes son incorporados sólo a ciertas áreas de la sociedad, principalmente el mercado de trabajo, pero se les niega el acceso a otras.

La tasa de paro global en este municipio es un poco más baja que en la población de nuestra comunidad autónoma, pero esto se debe a la tasa de paro en hombres ya que en mujeres supera por poco a la andaluza.

Con un comportamiento contrario al paro, la tasa de analfabetismo es mayor en Villafranca de Córdoba que en Andalucía y con una mayor tasa en mujeres.

Siguiendo la definición de ruralidad realizada por Ricardo Ocaña Riola y Carmen Sánchez-Cantalejo Garrido (EASP), Villafranca de Córdoba se considera como de baja ruralidad. Las variables que tiene en cuenta esta clasificación son la densidad de población, los índices de vejez, de infancia, de dependencia, jubilación y de habitabilidad de las viviendas y las personas con ocupación agropecuaria.

## Hábitos y estilos de vida en jóvenes.

Un hecho constatado en relación con la adolescencia tiene que ver con el aumento de las conductas de riesgo, entre ellas el consumo de sustancias tóxicas. En la actualidad los investigadores sostienen que hay un conjunto de factores que lo explican, de manera que es posible identificar tanto procesos neurobiológicos (ligados, por ejemplo, a la maduración del lóbulo prefrontal del cerebro), como psicológicos (el sentimiento de que se es invulnerable, el pensar que las cosas que le ocurren sólo le pasan a él/ella, que su vida se rige por reglas diferentes a las del resto, el deseo de sensaciones y experiencias novedosas, etc.) y contextuales (una cierta permisividad dentro de la familia y en la sociedad en general para que estas conductas tengan lugar, un predominio de expectativas sociales que sostienen que el adolescente tarde o temprano termina implicándose en ellas, lo que constituye un incuestionable apoyo a que aparezcan, etc.).

Considerando la población adolescente (11 a 18 años), en esta, las conductas de riesgo como el consumo de tabaco, alcohol o hachís aumentan con la edad y a medida que aumenta la edad, la participación de las chicas en conductas de riesgo se hace mayor, superando en el caso del tabaco al consumo masculino a partir de los 15 años.

Especialmente entre las chicas, respecto al consumo de tabaco, se inician más tarde en él pero ha aumentado el número de fumadores que lo hacen a diario.

Ha aumentado el número de adolescentes abstemios pero también el de aquellos que reconocen un consumo excesivo, ha disminuido el consumo de cerveza pero ha aumentado (especialmente entre las chicas) el consumo de licores.

En los últimos años se ha producido un incremento en el consumo de hachís y cocaína.

Los cambios físicos propios de la adolescencia la convierten en un periodo en el que la ingesta de nutrientes cobra una especial importancia. Se sabe que cuanto antes se adquieran hábitos alimentarios saludables más fácil será mantenerlos y, con ellos, disminuirá la proclividad a desarrollar más adelante un amplio abanico de enfermedades (cardiovasculares, digestivas, endocrinas, etc.); asimismo, unos buenos hábitos dietéticos contribuirán a mejorar la calidad de vida de la persona y su rendimiento en diferentes ámbitos (por ejemplo, no desayunar puede producir fatiga y un peor rendimiento cognitivo y escolar).

En cuanto a la alimentación, el desayuno es la comida que más adolescentes se saltan (el 2,6 no desayuna ningún día en semana), sobre todo a medida que avanza la adolescencia y especialmente entre las chicas.

La conducta alimentaria de un porcentaje importante de adolescentes dista de ser saludable, hasta el punto de que alrededor de la cuarta parte de los adolescentes presenta un consumo bajo de frutas y verduras y elevado de dulces y refrescos. Este patrón de mala alimentación empeora con el aumento de la edad.

La importancia de la actividad física en el desarrollo, especialmente a estas edades, está suficientemente documentada. La participación regular en actividades físicas contribuye a mejorar significativamente la calidad de vida, teniendo efectos positivos sobre la salud física y psicológica. Aunque estos efectos positivos puedan resultar menos llamativos durante la infancia y la adolescencia, lo cierto es que contribuyen de manera decisiva a definir los estilos y la calidad de vida adultos.

Teniendo en cuenta la actividad física y el sedentarismo, podemos afirmar que la actividad física de nuestros adolescentes es baja. Como media, los adolescentes realizan actividad física moderada la mitad de los días recomendados y en todas las edades estudiadas los chicos despliegan más actividad física que las chicas.

A partir de los 13 años, y a medida que aumenta la edad, aumenta la conducta sedentaria, contribuyendo al aumento de la misma hábitos de ocupación del tiempo libre como el uso del ordenador, de la TV, etc.

Resultado de la alimentación y el sedentarismo es índice de obesidad o sobrepeso es del 20,6% de los adolescentes, mas en los chicos que en las chicas.

Atendiendo a las relaciones sexuales, en los últimos años, el comportamiento sexual de los adolescentes ha experimentado cambios importantes, de forma que ha aumentado el % de adolescentes que dicen haber mantenido relaciones sexuales coitales y en estas una parte importante no utilizan métodos anticonceptivos seguros o no utilizan ningún método, encontrando porcentajes de embarazos adolescentes significativos, más en edades más tempranas, de 15 y 16 años que en mujeres de 17 y 18 años.

### **Adicciones.**

La adicción más frecuente entre la población de Villafranca de Córdoba es al alcohol (58%), seguida del consumo de heroína, sola o mezclada (25%) seguido del consumo de cocaína y cannabis (5% respectivamente). Los hombres son la mayoría (93%) frente a las mujeres. Por edad, la más temprana se da en el consumo de cannabis y la mayor en el de alcohol, con un rango entre los 19 y los 80 años.

### **Principales problemas de salud.**

En el municipio de Villafranca de Córdoba, respecto a las Enfermedades de Declaración Obligatoria, podemos considerar que no se presentan problemas relevantes en los últimos años.

La población infantil presenta buenas coberturas de vacunación y de Seguimiento de la Salud Infantil por parte de los profesionales sanitarios del Centro de Salud de Villafranca de Córdoba. Habría que realizar un esfuerzo para mejorar la cobertura de vacunación que se realiza en el entorno escolar, en niños y niñas de 2º de ESO.

Un problema importante de nuestra población infantil en Andalucía es la obesidad y el sobrepeso y, aunque Villafranca de Córdoba tiene los mejores indicadores del PIOBIN del Distrito en cuanto a la intervención avanzada en esta población, sigue siendo necesario un apoyo importante para la intervención en acciones de promoción y prevención intersectorial.

En cuanto al Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama en Villafranca de Córdoba en el año 2011, las tasas de Captación y de Participación de las mujeres de este municipio están por debajo de lo esperado, aunque en cuanto a la tasa de mujeres en las que se encuentra una lesión maligna es menor que en la población andaluza. Es necesario hacer un esfuerzo por aumentar la captación y participación de las mujeres en el programa.

En los programas relacionados con la mujer, las tasas de IVE, son mucho menores que en Andalucía y no se han producido IVEs en menores de 20 años, problema este que es frecuente en otros municipios de nuestro distrito y en nuestra comunidad autónoma.

En Villafranca de Córdoba, los cuidados domiciliarios protocolizados que se prestan a la población necesitada de los mismos, presentan buenos indicadores aunque en inmobilizados es menor que la del Distrito. Sin duda este indicador, por la evolución de la población, que va envejeciendo y necesitando cada vez más de cuidados, irá incrementándose paulatinamente en el futuro.

En la prestación de cuidados, los servicios sanitarios debemos identificar a los cuidadores principales de las personas necesitadas de cuidados, teniendo en cuenta que en su mayoría son mujeres, algunas de edad avanzada y que como cuidadoras/es informales necesitan formación en esta tarea y ser valoradas/os y apoyo para evitarles problemas de salud derivados de los cuidados que prestan.

En la atención de personas en riesgo social hemos valorado la violencia de género mujeres y las agresiones a niños. Villafranca de Córdoba no ha presentado casos en los últimos años.

### **Mortalidad.**

La esperanza de vida en la población de Villafranca de Córdoba es algo mayor a la andaluza, al nacer y se iguala a los 65 años,

Entre las causas de mortalidad estudiadas en AIMA, Villafranca de Córdoba casi no presenta tasas significativamente por encima de la española, estando para la mayoría de causas y grupos de edad y sexo con tasas similares o por debajo de las españolas.

Tan solo hemos encontrado tasas por encima de las de España en mujeres de 45-64 años por enfermedad cerebrovascular y en hombres de 65-74 años para esa misma enfermedad y por enfermedad crónica de vías respiratorias inferiores.

A la luz de las evidencias científicas disponibles y en base a las políticas vigentes en la UE sobre Salud en Todas las Políticas, las medidas que se adopten deben orientarse prioritariamente a:

1. Impulsar el diagnóstico precoz en aquellas enfermedades en que existen evidencias sobre la efectividad de las medidas de este tipo de diagnóstico.
2. Mejorar la calidad de los tratamientos preventivos, curativos y rehabilitadores aplicados a las personas ya enfermas.
3. Promover la actuación intersectorial para aunar esfuerzos de todos los actores presentes en el nivel local.

Observadas estas las causas de mortalidad, los objetivos y actividades de prevención debería tener una mayor incidencia sobre los hábitos de vida saludables y sobre las conductas de riesgo de la población y esto, comenzando a edades tempranas de la vida, de forma que los buenos hábitos se adquieran desde pequeños.

Para la prevención, lo fundamental es actuar sobre los factores de riesgo asociados, que principalmente son la tensión arterial, el colesterol y la diabetes. Evitar tabaco y alcohol. Hacer vida sana: ejercicio físico, dieta sana rica en verduras, frutas y grasas poli-insaturadas, con poca sal y evitando elevadas cantidades de grasas saturadas y azúcares y evitar el sobrepeso.



## ANEXOS

### PIRÁMIDES DE POBLACION

*Personas distribuidas por sexo y grupos de edad.*

Edad	VILLAFRANCA DE CÓRDOBA (2008-2012)		ANDALUCIA (2011)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
< 1	483	469	45.916	43.636
1 a 4	2.449	2.471	198.822	186.525
5 a 9	3.050	2.890	235.845	224.321
10 a 14	3.013	2.937	225.914	212.181
15 a 19	3.590	3.258	244.314	229.981
20 a 24	3.872	3.734	267.855	255.471
25 a 29	4.302	3.963	311.289	298.638
30 a 34	4.538	4.108	366.265	347.973
35 a 39	4.523	4.166	360.992	346.895
40 a 44	4.434	4.354	347.102	340.397
45 a 49	4.061	3.836	320.519	320.593
50 a 54	3.421	3.399	276.955	278.959
55 a 59	2.674	2.601	222.923	228.854
60 a 64	2.314	2.521	195.722	208.207
65 a 69	2.025	2.365	169.948	187.392
70 a 74	1.867	2.202	137.020	165.902
75 a 79	1.689	2.054	120.789	161.268
80 a 84	1.004	1.362	75.197	119.148
≥ 85	545	1.173	46.247	98.127

### INDICADORES DEMOGRÁFICOS.

#### ÍNDICE DE MASCULINIDAD (IM).

Es el número de nacimientos masculinos por cada 100 nacimientos femeninos.

#### ÍNDICE DE FRIZ (IF).

Representa la proporción de población en el grupo 0-19 años en relación a la de 30-49 años, que se toma como base 100. Si este índice es mayor de 160, la población se considera joven, si se halla entre 60 y 160, madura, y si es menor de 60, vieja.

#### ÍNDICE DE SUNDBARG (IS).

Tomando como base la población de 15-49 años, Sundbarg compara gráficamente los porcentajes que, en relación con este grupo (= 100), significan los grupos de 0-14 años y de mayores de 50. Si el porcentaje de los menores de 15 supera el de los mayores de 50 la población es de carácter progresivo. Si se igualan es estacionaria y si el grupo de mayores de 50 supera al de menores de 15 es regresiva.

#### ÍNDICE DE BURGDÖFER (IB).

Compara los porcentajes de población en los grupos de 5-14 y de 45-64 años. Si el primero es mayor que el segundo la población es joven, si son aproximadamente iguales es madura y si es menor la población es vieja.

### **ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO (IV).**

Indicador sintético del grado de envejecimiento de la población; se obtiene dividiendo el conjunto de la población anciana, a partir de los 65 años, entre el de los niños por debajo de cierta edad, generalmente los 15 años.

### **ÍNDICE DEMOGRÁFICO DE DEPENDENCIA (ID).**

Tiene relevancia económica y social. Con este indicador, las personas que supuestamente no son autónomas por razones demográficas (la edad), es decir, los ancianos (> 65) y los muy jóvenes (< 15), se relacionan con las personas que supuestamente deben sostenerlas con su actividad (15-64).

### **ÍNDICE DE ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN ACTIVA (IS).**

Es un indicador del grado de envejecimiento de este sector de la población. Puede obtenerse dividiendo la población entre los 40 y los 64 años (las 25 generaciones más viejas en activo) por la población desde los 15 a los 39 años (las 25 generaciones más jóvenes). Cuanto más bajo sea el índice, más joven es la estructura de la población laboral.

### **ÍNDICE DE REEMPLAZAMIENTO DE LA POBLACIÓN EN EDAD ACTIVA (IR).**

Es el cociente formado por los que están a punto de salir de la edad activa (60-64 años) entre los que están a punto de entrar (15-19 años). Es un índice sujeto a fuertes fluctuaciones y por tanto muy variable.

### **ÍNDICE DEL NÚMERO DE NIÑOS POR MUJER FECUNDA (IC).**

Se obtiene dividiendo los niños nacidos recientemente (0-4 años) por las mujeres en edad fértil (15-49 años). El IC en los países subdesarrollados no es un buen indicador de la fecundidad debido a la merma que supone la elevada mortalidad infantil. Realmente es un indicador de la carga de hijos en edad preescolar por mujer, por lo que es útil como indicador socio-demográfico.

### **TASA GENERAL DE FECUNDIDAD (GF).**

Se obtiene del cociente entre los nacidos vivos durante un año y la población femenina en edad fértil (15-49 años)<sup>1</sup> y expresa el número de hijos que en promedio tendría una cohorte ficticia de mujeres no expuestas al riesgo de morir desde el nacimiento hasta el término de la edad fértil.

### **ÍNDICE GENERACIONAL DE ANCIANOS (IGA).**

Representa el número de personas de 35 a 64 años por cada persona de 65 y más. Se supone que mide el número de personas de 35 a 64 años que podrían hacerse cargo de cada persona de 65 y más años.

### **EDAD MEDIA.**

Se estima computando la media ponderada de los valores centrales de las clases usando las frecuencias relativas de cada grupo como factores de ponderación.

**EDAD MEDIANA.** Es aquella que divide en dos partes iguales a la población cuyos habitantes han sido ordenados según la edad. Es más variable que la edad media pero es menos sensible a los cambios estructurales propios de cada población.

**TASA DE NATALIDAD.**

Nacidos vivos / población total x 1000

**TASA GENERAL DE FECUNDIDAD.**

Nacidos vivos / mujeres en edad fértil (15-49 años) del cuatrienio x 100

**TASA DE FECUNDIDAD ESPECÍFICA POR EDAD.**

Nacidos vivos por grupos de edad de la madre / mujeres en edad fértil de esos grupos de edad del cuatrienio x 1000

**DEPENDENCIA.**

Población  $\leq$  15 años + población  $\geq$  65 años / Población entre 15 - 64 años (población activa) x 100

**PORCENTAJE DE USUARIOS MAYOR DE 65 AÑOS.**

Nº usuarios mayores de 65 años (Hombres o Mujeres) / Nº total de usuarios (H+M) x 100

**PORCENTAJE DE USUARIOS MENOR DE 15 AÑOS.**

Nº usuarios menores de 15 años (Hombres o Mujeres) / Nº total de usuarios (H o M) x 100

**TASA DE SOBRE-ENVEJECIMIENTO.**

Nº usuarios (Hombres o Mujeres) mayores de 84 años/ Nº usuarios mayores de 65 (H+M) x 100

**TASA DE INMIGRACIÓN.**

Población extranjera de un cuatrienio / Población total del cuatrienio x 1000

**TASA DE PARO.**

Global: Población parada de un año / Población activa del año x 100)

Por sexo: Población parada por sexo de un año / Población activa por sexo del año x 100

**TASA DE ANALFABETISMO.**

Global: Población analfabeta en mayor o igual a 16 años de un año / Población mayor o igual a 16 años del año x 100

Por sexo: Población analfabeta en mayor o igual a 16 años por sexo de un año / Población mayor o igual a 16 años por sexo del año x 100

**INDICE DE RURALIDAD.**

Indice de Ruralidad para Areas pequeñas en España (Ricardo Ocaña Riola y Carmen Sánchez-Cantalejo Garrido. EASP)

**Variables**

Para cada municipio se consideraron las siguientes características:

- ♦ *Densidad de población: Número de habitantes por kilómetro cuadrado.*
- ♦ *Índice de vejez: Número de personas mayores de 65 años por cada 100 habitantes.*
- ♦ *Índice de infancia: Número de personas entre 0 y 14 años por cada 100 habitantes.*
- ♦ *Índice de dependencia: Número de personas inactivas por cada 100 personas activas.*
- ♦ *Índice de jubilación: Número de personas jubiladas o retiradas por cada 100 habitantes.*
- ♦ *Ocupación agropecuaria: Número de personas ocupadas en la agricultura, ganadería o pesca por cada 100 ocupados.*

- ♦ *Índice de habitabilidad de las viviendas: Número de viviendas en estado deficiente, malo o ruinoso por cada 100 viviendas.*

**PREVALENCIA DE OBESIDAD.**

Nº de niños/as entre 2 y 18 años con obesidad / Número de niños/as entre 2 y 18 años x 100

**TASA DE INCIDENCIA ANUAL DE TUBERCULOSIS.**

Nº de casos de tuberculosis diagnosticados en el año / población total de ese año x 100.000

**TASA DE INCIDENCIA ANUAL DE TUBERCULOSIS EN LA INFANCIA.**

Nº de casos de tuberculosis diagnosticados en la infancia (de 0 a 14 años) en el año / población total (de 0 a 14 años) de ese año x 100.000

**ESPERANZA DE VIDA AGRUPADA AL NACER.**

Nº medio de años que viviría una persona de una generación sometida a la mortalidad de un periodo determinado (agrupada en 5 años, contados hacia atrás a partir del periodo seleccionado)

**ESPERANZA DE VIDA AGRUPADA A LOS 65 AÑOS.**

Nº medio de años que viviría una persona de 65 años sometida a la mortalidad de un periodo determinado (agrupada en 5 años, contados hacia atrás a partir del periodo seleccionado)

## Villafranca de Córdoba

